



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Treino de Atividades de Vida Diária e Ganhos Funcionais nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral

Sílvia da Costa Coutinho

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Treino de Atividades de Vida Diária e Ganhos Funcionais nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral

Sílvia da Costa Coutinho

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

"It always seems impossible until it's done"

Nelson Mandela

RESUMO

Com o presente relatório, realizado no âmbito do Estágio Final, pretendemos descrever de uma forma reflexiva o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre. Descrevemos também o processo de desenho e implementação de um projeto de intervenção profissional em enfermagem de reabilitação, com objetivo de melhorar as capacidades funcionais nos doentes com Acidente Vascular Cerebral, mais concretamente no que diz respeito ao desempenho das suas atividades de vida diária.

Este projeto de intervenção foi aplicado a cinco doentes e a estratégia metodológica de estudo de casos demonstrou que a implementação de planos de treino de atividades de vida diária se traduziu em ganhos funcionais e na redução da dependência dos doentes.

Consideramos também, através da reflexão sobre as atividades desenvolvidas, adquiridas, neste processo de aprendizagem, as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Atividades de Vida Diária

ABSTRACT

Activities of Daily Living Training and Functional Gains in Patients with Stroke

With this report, carried out within the scope of the Estágio Final, we intend to describe in a reflexive way the process of acquisition and development of common and specific competences of the specialist nurse in rehabilitation and master nursing. We also describe the process of designing and implementing a professional intervention project in rehabilitation nursing, aiming to improve the functional capacities of patients with stroke, more concretely with respect to the performance of their activities of daily living.

This intervention project was applied to five patients and the methodological strategy of case studies demonstrated that the implementation of activities of daily living training plans translated into a functional gains and reduced patient dependence.

We also consider, through the reflection on the activities developed, acquired, in this learning process, the skills of nurse specialist in rehabilitation and master.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Activities of Daily Living

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros orientadores, que pela partilha de conhecimento prestaram contributo nesta etapa de aprendizagem, assim como à equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de estágio pelo acolhimento e pela partilha.

A todos os doentes a quem prestei cuidados durante o Estágio Final e aos doentes participantes do projeto de intervenção profissional, em particular.

À Sra. Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, pela orientação, disponibilidade e dedicação durante o Estágio Final e no desenvolvimento deste Relatório.

Aos meus pais e irmãos, que apesar da distância, sempre estiverem presentes e me deram força para continuar.

Aos meus amigos e colegas que estiveram do meu lado nesta etapa.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta etapa académica e profissional.

A todos o meu sincero agradecimento

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	18
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	22
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	28
3.1. Problemática e Enquadramento Concetual	30
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	45
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	47
5.1. Fundamentação teórica	48
5.2. Metodologia	62
5.3. Instrumentos de Recolha de Dados e Participantes	63
5.4. Considerações Éticas	63
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	65
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	87
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	92
9. CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	CXII
ANEXO A – Resumo do Artigo de Revisão Sistemática	CXIII
ANEXO B – Instrumento de Medida – MMSE Adaptado	CXVI
ANEXO C – Instrumento de Medida – Escala de Lower	CXVIII
ANEXO D – Instrumento de Medida – Índice de Tinetti	CXX
ANEXO E – Instrumentos de medida – Escala de Morse	CXXIII
ANEXO F – Instrumento de Medida – MIF	CXXV
ANEXO G – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do Hospital onde decorreu o estágio para realização de Projeto de Intervenção Profissional	CXXVII
ANEXO H – Consentimento Livre e Informado aos Doentes	CXXX

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Principais quadros clínicos do AVC isquémico	33
Quadro nº 2 - Principais quadros clínicos do AVC hemorrágico.....	34
Quadro nº 3 – Padrão característico da atitude de Wernicke-Mann	38
Quadro nº 4 – Estratégias e Intervenções do projeto de intervenção profissional	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos participantes do projeto de intervenção profissional.....	65
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Avaliação da força muscular da Doente1 pela escala de Lower.....	67
Gráfico nº 2 – Avaliação do equilíbrio da Doente 1 pelo Índice de Tinetti.....	67
Gráfico nº 3 – Avaliação do risco de queda da Doente 1 pela Escala de Morse	68
Gráfico nº 4 – Avaliação da dependência da Doente 1 pela MIF	69
Gráfico nº 5 – Avaliação da dependência da Doente 1 pela MIF motora.....	69
Gráfico nº 6 – Avaliação da força muscular do Doente 2 pela Escala de Lower.....	71
Gráfico nº 7 – Avaliação do equilíbrio do Doente 2 pelo Índice de Tinetti	72
Gráfico nº 8 – Avaliação do risco de queda do Doente 2 pela Escala de Morse	72
Gráfico nº 9 – Avaliação da dependência do Doente 2 pela MIF	73
Gráfico nº 10 – Avaliação da dependência do Doente 2 pela MIF motora	74
Gráfico nº 11 – Avaliação da força muscular da Doente 3 pela Escala de Lower.....	75
Gráfico nº 12 – Avaliação do equilíbrio da Doente 3 pelo Índice de Tinetti.....	76
Gráfico nº 13 – Avaliação do risco de queda da Doente 3 pela Escala de Morse	76
Gráfico nº 14 – Avaliação da dependência da Doente 3 pela MIF	77
Gráfico nº 15 – Avaliação da dependência da Doente 3 pela MIF motora	78
Gráfico nº 16 – Avaliação da força muscular da Doente 4 pela Escala de Lower.....	79
Gráfico nº 17 – Avaliação do equilíbrio da Doente 4 pelo Índice de Tinetti.....	80
Gráfico nº 18 – Avaliação do risco de queda da Doente 4 pela Escala de Morse	80
Gráfico nº 19 – Avaliação da dependência da Doente 4 pela MIF	81
Gráfico nº 20 – Avaliação da dependência da Doente 4 pela MIF motora	81
Gráfico nº 21 – Avaliação da força muscular da Doente 5 pela Escala de Lower.....	83
Gráfico nº 22 – Avaliação do equilíbrio da Doente 5 pelo Índice de Tinetti.....	83

Gráfico nº 23 – Avaliação do risco de queda da Doente 5 pela Escala de Morse 84

Gráfico nº 24 – Avaliação da dependência da Doente 5 pela MIF 85

Gráfico nº 25 – Avaliação da dependência da Doente 5 pela MIF motora 85

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – Artéria Cerebral Média

ACP – Artéria Cerebral Posterior

AHA/ASA – *American Heart Association/American Stroke Association*

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HCN – Horas de Cuidados Necessárias

HTA – Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

MID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

nº - número

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se enquadrado na Unidade Curricular (UC) Estágio Final, do Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem, no ramo Enfermagem de Reabilitação. Esta UC tem a duração de dezasseis semanas, sendo que as dez primeiras semanas, mais direcionadas à área da reabilitação neurológica, decorreram numa unidade hospitalar, na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e seis semanas seguintes, focalizadas sobretudo na reabilitação respiratória, decorreram numa unidade local de saúde, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Pretende-se com este relatório descrever como foram atingidos os objetivos de aprendizagem, que abrangem conhecimentos, aptidões e competências, preconizados para a UC Relatório, nomeadamente evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre práticas; fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica; descrever e avaliar o desenho e a implementação e os resultados de um projeto de intervenção e apresentar um relatório para provas públicas.

Em termos globais este trabalho escrito deverá descrever a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), assim como as competências de mestre em Enfermagem.

A Enfermagem é, segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem uma profissão na área da saúde, que tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa sã ou doente, ao longo de todo o ciclo vital e aos grupos sociais em que ela está inserida, de modo a contribuir com a sua ajuda, para que estes atinjam e mantenham a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei nº 161/1996 de 4 de setembro).

Os enfermeiros norteiam a sua intervenção no sentido da satisfação das necessidades da pessoa, da sua máxima independência para a execução das suas atividades de vida, dos processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, de maneira a que a pessoa construa o seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros [O.E.],2009).

No que se refere à enfermagem de reabilitação, o seu alvo é a pessoa que requer ou necessita de cuidados especiais ao longo do ciclo vital e tem como objetivo diagnosticar e intervir precocemente, promovendo assim a sua qualidade de vida e a maximização das suas capacidades funcionais através da promoção do autocuidado e da prevenção de complicações, para desta forma evitar as incapacidades ou para as minimizar (OE, 2011a).

A reabilitação segundo o descrito no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE) abarca um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos com intuito de ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a desenvolverem ao máximo o seu potencial funcional e independência.

A intervenção dos EEER tem como objetivo promover o diagnóstico precoce e implementar intervenções preventivas, garantindo a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, de forma a prevenir complicações e evitar incapacidades. Para tal proporciona intervenções terapêuticas dirigidas à melhoria das funções residuais, procurando manter ou recuperar a independência. Têm como papel fundamental contribuir para diminuir o impacto das incapacidades instaladas designadamente, ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e motora, utilizando técnicas específicas de reabilitação, intervindo e educando o indivíduo e pessoas significativas, particularmente no planeamento da alta, para a continuidade de cuidados e reintegração na família e comunidade. E ao fazê-lo está a proporcionar o direito à dignidade e à qualidade de vida da pessoa (OE, 2011b).

Cabe aos EEER a identificação das necessidades específicas de cada indivíduo relativas à funcionalidade e aos fatores que facilitam ou impedem a realização das atividades de vida diária (AVD's) de uma forma autónoma (OE, 2011a).

Embora a aquisição de competências tenha sido concretizada ao longo de todos os estágios, o campo de estágio selecionado para o desenvolvimento do projeto de intervenção profissional, durante a UC Estágio Final, foi na UAVC. Consideramos pertinente a temática do “Treino de Atividades de Vida Diária e Ganhos Funcionais nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral”, uma vez que os doentes com AVC apresentam na maior parte das vezes défices motores ou sensitivos que podem ter como consequência o comprometimento do desempenho

das AVD's, resultando em maior ou menor grau de incapacidade funcional e consequentemente perda da sua autonomia.

De acordo com as *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* da American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) (Winstein et al.,2016), no futuro previsível, a necessidade de reabilitação eficaz nos doentes com AVC é provável que seja incluída como parte integrante do *continuum* do tratamento. Neste sentido, poderá caber aos EEER avaliar e diagnosticar a limitação funcional destes doentes na realização do seu autocuidado, planear e implementar programas de treino de AVD's, quer promovendo a restauração da função quer através da utilização de um conjunto de estratégias adaptativas capazes de maximizar a sua funcionalidade. De acordo com a mesma *guideline* existe evidência sobre a importância da capacitação dos doentes, uma vez que a remissão da depressão pós AVC pode estar associada a uma maior recuperação da capacidade de desempenhar as AVD's, reconhecendo-se por isso o benefício do seu treino (Winstein et al.,2016)

Assim, são de extrema importância para o bem-estar e autocuidado, elementos como o ensino, instrução e treino de técnicas que visam a promoção do autocuidado e a continuidade dos cuidados em diferentes contextos, assim como o ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio para a potenciação da máxima capacidade funcional da pessoa (OE,2011a).

Reconhecendo que o treino de AVD's é fundamental para os ganhos funcionais nos doentes com AVC, definiu-se com objetivo geral do projeto de intervenção profissional melhorar as capacidades funcionais nestes doentes, nomeadamente no que diz respeito ao desempenho das suas AVD's, através de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação. Como objetivos específicos considerou-se fundamental: identificar junto dos doentes as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação; implementar um plano de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptados a cada doente; e avaliar a eficácia desses planos de intervenção e os benefícios para cada doente.

Este relatório encontra-se estruturado consoante as indicações para a sua construção pela respetiva UC. Após a introdução, descreve-se a contextualização da atuação de enfermagem de reabilitação, nomeadamente na apreciação do contexto de cuidados, análise do envolvimento e análise de produção de cuidados, incluindo a análise da problemática e enquadramento concetual, centrado nas alterações funcionais comuns dos doentes acometidos

com AVC e que comprometem a realização das suas AVD's. Seguidamente são definidos os objetivos, mais precisamente os objetivos preconizados para a UC Estágio Final e os objetivos para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem. Segue-se um capítulo referente ao projeto de intervenção profissional, nomeadamente a fundamentação do mesmo, a metodologia científica, o modo como foi obtida a informação, a caracterização da população-alvo e considerações éticas associadas. Posteriormente são apresentados os resultados da implementação deste projeto e a discussão dos mesmos. Por fim é realizada uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências adquiridas durante a UC Estágio Final, mais precisamente as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEER e de mestre em Enfermagem.

A realização deste relatório respeitou as orientações do regulamento da respetiva UC. As referências bibliográficas, citadas ao longo do corpo do trabalho, estão apresentadas segundo as normas da sexta edição do Publication Manual da American Psychological Association. O texto foi redigido tendo em conta o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

A unidade hospitalar onde se encontra a UAVC, pertence à rede Nacional do Serviço de Saúde da Região do Alentejo. Trata-se de um hospital público geral que presta cuidados de saúde diferenciados, abrangendo diretamente 14 concelhos do distrito onde se localiza e indiretamente 33 concelhos (15 do distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral) da restante região do Alentejo. De acordo com o descrito no sítio da web desta instituição, a mesma tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização, promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Rege-se por valores como respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; trabalho de equipa (Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2018a).

A UAVC onde decorreu o estágio foi criada em 2004. De acordo com as suas características, para a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC] (2017), esta unidade assegura um dos quatro níveis de resposta aos doentes com AVC, que é “a monitorização e o estudo etiológico” (Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2018a).

Foi num contexto de trabalho em equipa, nesta unidade, que se desenvolveu o projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação, centrado na temática do treino de AVD's e ganhos funcionais nos doentes com AVC. As AVD's, no contexto de reabilitação, referem-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que, de uma forma rotineira as pessoas desempenham no seu dia-a-dia (OE, 2011b) e incluem as atividades básicas de vida diária a higiene pessoal; o controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; o vestir e despir; a alimentação; a locomoção e a transferência (OE, 2011b). Segundo Hsieh, Hoffman, Gustafsson, & Lee (2012) trata-se de uma designação que de um modo mais comum é usada para se referir as atividades de vida básicas ou pessoais ou seja, atividades de autocuidado e que nos doentes com AVC estão com frequência comprometidas. Os doentes com AVC poderão apresentar alterações significativas em termos funcionais, tanto a nível motor como a nível sensitivo, traduzindo-se muitas vezes em determinado grau de incapacidade e consequente dependência no autocuidado.

Na enfermagem o termo autocuidado foi explorado e desenvolvido por Orem, na sua Teoria do Défice do Autocuidado. Segundo Tomey & Alligood (2004), esta consiste numa teoria geral constituída por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado, descrevendo como e porquê as pessoas cuidam de si; a Teoria do Défice de Autocuidado, descrevendo e explicando porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descrevendo e explicando as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. A atuação de Enfermagem estrutura-se através de uma relação interpessoal legítima para agir, saber e cuidar das pessoas, satisfazendo as necessidades de autocuidado terapêutico e regulando o desenvolvimento ou prática da sua atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta o motivo pelo qual as pessoas necessitam de ajuda, Orem (2001), identificou cinco métodos de ajuda, sendo eles: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar. Segundo esta teórica, se as necessidades da pessoa forem superiores à sua capacidade, surge um défice de autocuidado, estabelecendo a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidado. Este conceito permite orientar o cuidado e adequar os métodos de auxílio, assim como compreender o papel das pessoas no autocuidado. Pela avaliação do défice do autocuidado os enfermeiros adequam a sua intervenção visando minimizar os seus efeitos.

Segundo Petronilho & Machado (2016), as cinco áreas de intervenção na prática de enfermagem, propostas por Orem são:

- 1)** Iniciar e manter relacionamento enfermeiro-doente com a pessoa, família ou grupo até que não apresente necessidade de cuidados de enfermagem;
- 2)** Determinar como é que os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;
- 3)** Dar resposta às solicitações, desejos e necessidades dos doentes, relativamente ao contato e à assistência dos enfermeiros;
- 4)** Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes e as suas pessoas significativas, perspetivando:
- 5)** Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária dos doentes, outra assistência de saúde ou os serviços sociais e de educação necessários.

Os doentes com AVC apresentam frequentemente dependência no seu autocuidado e para Petronilho & Machado (2016) in Marques-Vieira & Sousa (2016), esta dependência “apresenta-se como um foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, particularmente dos EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõe cada um dos diversos domínios do autocuidado” (p. 8).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a funcionalidade e a incapacidade são entendidas como uma interação dinâmica entre a pessoa e os estados de saúde, tais como doenças, perturbações, lesões, traumas entre outros, e os fatores contextuais. A funcionalidade relaciona-se com as funções do corpo, “nomeadamente as estruturas do corpo, atividades e funções (...) e indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)” (OMS, 2004, p.186).

Considerando o AVC um processo de doença complexo e que exige um conjunto de competências dentro de uma equipa multidisciplinar, os EEER desempenham frequentemente um papel central na coordenação do cuidado ao longo do *continuum* da reabilitação dos doentes com AVC (Grade, 2018). São elementos fundamentais no processo de reabilitação funcional, em articulação e cooperação com a equipa multidisciplinar, para a obtenção dos objetivos específicos para cada doente (OE, 2011b).

Hesbeen (2001) refere que a “a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intensão é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou irão encontrar no quotidiano” (p. 54).

Além disso, normalmente são os enfermeiros os profissionais de saúde que apresentam um contato mais direto com os doentes e os seus cuidadores (Miller et al., 2010), sendo por isso fundamental que os EEER demonstrem competências, no que diz respeito à capacitação dos doentes com AVC, para a promoção do seu autocuidado. Num estudo realizado por Aslani, Alimohammadi, Teleghani, & Khorasani (2016) acerca do *empowerment* dos enfermeiros na educação para o autocuidado em doentes com AVC, a necessidade de satisfação do autocuidado é considerada como um dos mais importantes problemas destes doentes, pelo que é fundamental a mudança de atitude face a este problema, dando enfase à aquisição de novas

habilidades por parte dos doentes, considerada esta como fundamental, destacando assim o papel dos enfermeiros na sua promoção.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

A população portuguesa é líder a nível europeu na prevalência de doentes com AVC, que pelas suas sequelas, morbilidade elevada e grave impacto na família e na sociedade continuam a requerer grande investimento. A causa apontada para este facto poderá ser a elevada prevalência da hipertensão arterial (HTA), 3 em cada 10 portugueses apresentam HTA, sendo um dos principais fatores de risco da patologia cardiovascular (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018).

No ano de 2016, em Portugal, o AVC foi responsável por 3322 mortes (com redução face a 2011 de 10,8%) e de 24,784 hospitalizações (aumento de 1,6% em relação a 2011) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017a). A redução da taxa de mortalidade relativas ao AVC, tem vindo a decair nos últimos anos e este facto está seguramente associado, entre outros fatores à generalização do conceito de “Unidades de AVC”, integradas nas estruturas organizativas das Vias Verdes (DGS, 2016).

Sousa-Uva & Dias (2014) desenvolveram um estudo transversal, de prevalência, cuja população alvo foram os residentes de Portugal Continental, por meio de inquérito telefónico e destacaram o Alentejo como a região de Portugal onde o AVC é mais prevalente. Os mesmos autores referem uma prevalência mais elevada em homens com idade entre 65 e os 75 anos.

De acordo com os dados disponíveis na unidade, em 2017 a UAVC onde decorreu o estágio recebeu 316 doentes, provenientes em grande parte do Serviço de Urgência e em menor número originários das consultas externas ou transferidos de outros serviços. A demora média de internamentos dos doentes foi de 5 dias (Hospital do Espírito Santo de Évora, 2018b).

Na UAVC desta unidade hospitalar, a admissão dos doentes é feita através do Serviço de Urgência em Via Verde de AVC, ou a Via Verde é ativada se durante a triagem forem detetados sinais de alerta de AVC. O atendimento é efetuado por um médico, um enfermeiro e um assistente operacional. No Serviço de Urgência os doentes são observados e avaliados, realizam os exames complementares de diagnóstico (análises de sangue e Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio-encefálica e em caso de obedecerem aos critérios necessários é

realizada trombólise, ficando em vigilância temporariamente no Serviço de Observação. Após este período de observação estes são transferidos para a UAVC. Em caso de necessidade de trombectomia, os doentes são transferidos para um hospital central de referência em Lisboa, como referido pela Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC,2017).

Após alta hospitalar da UAVC os doentes, com reabilitação programada poderão ser encaminhados, se houver indicação, para a Unidade de Convalescença. Em todos os casos os doentes são referenciados para consulta de Doenças Cerebrovasculares (SPAVC, 2017).

De acordo com DGS, as UAVC surgiram com a finalidade de reduzir os dias de internamento em hospitais de agudos, reduzir a incapacidade funcional, as complicações pós AVC e com a redução destas, o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem domiciliários ou de internamento em unidades de doentes crónicos (DGS, 2001). A criação das UAVC teve igualmente como propósito facilitar o retorno dos doentes ao seu ambiente familiar e tanto quanto possível, ao seu local de trabalho (DGS, 2001), o que poderia ser facilitado por um atendimento mais célere e eficaz.

De acordo com o mesmo documento as UAVC deveriam ser constituídas por uma equipa pluridisciplinar, incluindo enfermeiros, de preferência com especialidade em enfermagem de reabilitação (DGS,2001).

Segundo a norma Nº 015/2017 da DGS existem duas tipologias de UAVC, a UAVC de nível A e UAVC de nível B. As UAVC de nível A e B são constituídas por equipas multidisciplinares, sendo que, na UAVC do nível A deve incluir nos seus recursos médicos as especialidades de Medicina Interna, de Neurologia e na UAVC do nível B pode incluir a especialidade de Medicina Interna com apoio presencial ou em rede de teleconsulta de Neurologia. Ambas as unidades devem dispor de meios humanos e técnicos que possibilitem o diagnóstico (incluindo TAC multiplanar, com protocolo de angioTAC e ressonância magnética nas 24 horas) e a terapêutica fibrinolítica endovenosa, sempre que possível nas 24 horas. A UAVC de nível A deve proporcionar ainda o acesso ao procedimento endovascular e, como tal deve ter como recursos a Neurorradiologia de intervenção, a Cirurgia Vascular e a Neurocirurgia, ou então encontrar-se articulada com outras unidades de nível A que assegurem essa resposta em tempo útil. As duas tipologias de unidade devem dispor de meios complementares de diagnóstico que permitam a realização de eco doppler cardíaco, dos vasos do pescoço e transcraniano. Nas UAVC nível A e

nível B preconiza-se a existência de uma unidade de cuidados intermédios com dotação de 7 a 9 camas. A UAVC do nível B deve encontrar-se articulada, segundo protocolos bem definidos, com UAVC do tipo A, de forma a permitir, em caso de necessidade, o esclarecimento de diagnóstico e de disponibilidade de terapêutica no período de tempo previsto (DGS, 2017b). A UAVC onde decorreu o estágio é considerada de nível B, apesar de a terapêutica fibrinolítica por via endovenosa, se necessária, ser efetuada no Serviço de Observação do Serviço de Urgência e de a unidade ser dotada apenas de 6 camas.

Esta UAVC é caracterizada por uma unidade de internamento de adultos com seis camas, integrada no serviço de Serviço de Especialidades Médicas, este com vinte e uma camas. Para além das seis camas referentes à UAVC, as restantes estão distribuídas por um quarto individual ou de isolamento, um quarto de duas camas e quatro quartos de três camas. O serviço de Especialidades Médicas recebe principalmente doentes das especialidades de Pneumologia, de Gastroenterologia e Nefrologia. No entanto recebe frequentemente doentes da especialidade de Medicina Interna. A equipa médica deste serviço é constituída por três pneumologistas, oito nefrologistas e cinco gastroenterologistas.

Em termos de recursos humanos, na UAVC estão afetos três médicos de Medicina Interna, um dos quais, que desempenha a função de diretor de serviço, com permanência diurna fixa nos dias úteis e outros dois médicos, especialistas em Medicina Interna, que alternam a permanência no serviço, alternando a cada três meses. Ainda fornecem apoio médico à UAVC um fisiatra, um neurologista e um neurorradiologista. Esta unidade de cuidados conta ainda com o apoio, em dias úteis, de um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e, em caso de necessidade, com a colaboração de um terapeuta da fala, um neuropsicólogo e de um dietista. Quanto ao encaminhamento para alta, os doentes são referenciados à Equipa de Gestão de Altas, constituída por um médico (coordenador), um assistente social e um enfermeiro. Esta unidade de cuidados conta ainda com a colaboração de uma assistente técnica e de doze assistentes operacionais.

Relativamente à equipa de enfermagem, a UAVC não dispõe de equipa própria. A equipa de enfermagem é a equipa do serviço de especialidades médicas, e é constituída por vinte e cinco enfermeiros. Esta equipa é formada por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde mental, um enfermeiro especialista em

saúde comunitária, os restantes dezassete enfermeiros são generalistas e é coordenada pela enfermeira chefe, com especialidade em saúde infantil.

Na UAVC, o horário da equipa de enfermagem é elaborado pela enfermeira chefe de quatro em quatro semanas e, salvo algumas exceções, obedece a um sistema rotativo ou *roulement*. As vinte e quatro horas de cuidados contínuos de enfermagem são asseguradas com dois enfermeiros no turno da manhã, um no turno da tarde e um no turno da noite e a distribuição diária dos doentes por enfermeiro é realizada diariamente pela Enfermeira chefe ou então pelo elemento com mais tempo de serviço. A distribuição dos doentes pelos enfermeiros é baseada no Sistema de Classificação dos Doentes em Enfermagem (SCD/E), e efetuada com base nas horas de cuidados necessárias (HCN). A importância do SCD/E centra-se na produção de informação no que diz respeito aos recursos humanos em enfermagem, sendo um contributo fundamental na gestão hospitalar, especificamente nos serviços de internamento (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2011). Segundo Anes (2000) este sistema é efetuado consoante o nível de dependência dos doentes, tratando-se de uma ferramenta fundamental na gestão em enfermagem, uma vez que os seus resultados se traduzem numa gestão o mais eficiente e eficaz possível.

De um modo geral e quando o serviço se encontra lotado o rácio nesta unidade é de três doentes/enfermeiro no turno da manhã, seis doentes/enfermeiro nos turnos da tarde e da noite.

O método de trabalho de enfermagem na UAVC é o método individual. Este método caracteriza-se pela distribuição de um número de doentes a um enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados durante o seu turno (Parreira, 2005). Apresenta como vantagem relativamente a outros métodos de trabalho, uma vez que se centra nas necessidades dos doentes, possibilitando a individualização dos cuidados de enfermagem, traduzindo-se numa maior satisfação dos doentes e dos próprios enfermeiros. Este método favorece, pelo conhecimento mútuo, a relação enfermeiro/doente, evitando o fracionamento dos cuidados. Apesar de promover a responsabilidade e facilitar a tomada de decisão, este método de trabalho requer maior dotação em termos de profissionais de enfermagem, tornando-se assim um método mais dispendioso (Macaia, 2005).

Em termos físicos, a UAVC encontra-se organizada com o balcão de trabalho central, com as 6 unidades dos doentes à volta do mesmo, de forma a permitir a sua a vigilância máxima. A cada doente é implementada uma monitorização frequente, nomeadamente a monitorização eletrocardiográfica, da tensão arterial, da saturação periférica de oxigénio e da temperatura corporal. Para tal cada unidade do doente dispõe de um monitor eletrocardiógrafo.

Este tipo de organização da unidade, a par de outras medidas, revelou-se benéfico para as pessoas vítimas de AVC com expressão significativa na redução do número de mortes e da dependência, com um aumento de 5% de sobreviventes independentes quando tratados em unidades de AVC (Fonseca, Henriques, & Ferro, 2008).

Em cada unidade do doente, para além da cama articulada provida de grades, há uma mesa-de-cabeceira, um cadeirão rebatível por doente e um degrau para apoio dos pés. Na casa de banho existem barras de apoio junto à sanita e ao lavatório, para conferir maior segurança aos doentes, mas o espaço é limitado e a circulação da cadeira de rodas ou cadeira sanitária faz-se com dificuldade.

Quanto a produtos de apoio, o serviço dispõe de três cadeiras de rodas e quatro andarilhos como dispositivos auxiliares de marcha e não possui nem canadianas, nem pirâmides (quando necessário é realizado pedido de empréstimo à Unidade de Convalescença, serviço contíguo). Na UAVC, dispõe também de um elevador com lona respetiva, um *transfer* (dispositivo de rolamento para transferência de doentes), uma tábua de transferência e um disco de transferência para promover as transferências dos doentes de modo mais seguro. Para além deste, existe outro material como cintos de transferência, almofadas e colchões de pressão alterna, uma bola suíça, um bastão, um estojo com material para exercício de motricidade fina, um *dossier* com diferentes texturas de estimulação de sensibilidade tátil, um conjunto de cartões com bateria de imagens para doentes com compromisso na comunicação, espelho quadriculado, pesos e fchas de vários graus de intensidade e inspirómetro de incentivo, talheres adaptados, copos adaptados e calçadeira de cabo alto, sendo recursos importantes em cuidados de enfermagem de reabilitação e que contribuem para uma maior eficiência dos cuidados e treino do autocuidado.

A pertinência de todos estes produtos permite responder às recomendações para o tratamento do AVC (Fonseca, Henriques, & Ferro, 2008), segundo as quais a dimensão

apropriada das unidades de modo a permitir a prestação de cuidados multidisciplinares especializados que incluam cuidados precoces de mobilização, prevenção de complicações e reabilitação contínua, são consideradas como fundamentais.

O processo clínico eletrónico dos doentes é realizado no aplicativo ALERT®. A linguagem utilizada é a da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) ®

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

O objetivo do internamento na UAVC, como já foi referido é a monitorização e estudo etiológico em doentes com AVC, mas também de outras situações patológicas do foro neurológico. Os diagnósticos mais frequentes são o AVC Isquémico, o AVC Hemorrágico, o Acidente Isquémico Transitório (AIT) e a Trombose Venosa Cerebral (Coelho, Pereira & Marranita, 2014).

Não existindo protocolo institucional que regule os cuidados gerais e a reabilitação dos doentes com AVC na UAVC da respetiva unidade hospitalar, estes seguem as recomendações nacionais das normas da DGS Nº 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação (DGS, 2011) e Nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto (DGS, 2017b). De igual modo, encontram-se orientados pelas recomendações de *guidelines* internacionais da AHA/ASA, mais precisamente das *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke* de Powers et al. (2018) e das *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* de Winstein et al. (2016). O objetivo destas *guidelines* é facultar uma sinopse das melhores práticas clínicas nos cuidados de reabilitação de doentes adultos, vítimas de AVC, em recuperação. A reabilitação dos doentes com AVC requer um esforço sustentado e coordenado de uma vasta equipa, incluindo os doentes, familiares e amigos, e outros cuidadores, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. A comunicação e coordenação entre os diferentes membros da equipa é fundamental, sendo improvável que sem estes fatores, os esforços para reabilitar os doentes com AVC atinjam todo o seu potencial (Winstein et al., 2016). De acordo com a *Stroke Unit Trialists`Collaboration* (2013), os doentes com AVC que são internados e recebem tratamento em unidades especializadas têm maior probabilidade de sobrevivência, de independência e de regressarem ao domicílio, em comparação aos que recebem tratamento em outras unidades alternativas

Para Miller et al. (2010), o foco dos cuidados de saúde durante a hospitalização centra-se principalmente na estabilização dos doentes, fornecimento de tratamentos inerentes ao AVC agudo e ao início de tratamento profilático e medidas preventivas. Estes autores consideram que, embora as terapias de reabilitação não sejam a primeira prioridade, os dados sugerem fortemente que existe benefício em iniciar a reabilitação assim que os doentes apresentem

tolerância. A reabilitação constitui o principal mecanismo pela qual a recuperação funcional e a obtenção da independência são promovidas em doentes acometidos com AVC (Winstein et al., 2016).

Segundo a Norma Nº 054/2011 da DGS relativa à prescrição de Medicina de Reabilitação nos doentes com AVC, estes devem cumprir os seguintes critérios: apresentarem estabilidade clínica e não apresentarem risco de descompensação cardiopulmonar; apresentarem défices funcionais; serem capazes de apreender e memorizar programas de reabilitação, com novos esquemas motores e sensoriais e motivação para o mesmo; apresentarem capacidade física para tolerar o programa de reabilitação e serem ativos na participação do mesmo; apresentarem complicações clínicas como espasticidade ou dor, com agravamento do estado funcional prévio (DGS, 2011).

No que se refere ao exercício dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, os EEER do Serviço de Especialidades Médicas, face à inexistência de protocolo institucional, elaboraram um Projeto de Enfermagem de Reabilitação com os seguintes objetivos: intervir em doentes que necessitem de exercícios de expansão pulmonar; atuar em doentes com necessidade de técnicas de limpeza das vias aéreas; intervir em doentes com alteração de equilíbrio (estático e dinâmico), com vista à melhoria da sua funcionalidade; atuar em doentes com alteração da força muscular, com objetivo de aumentar a sua autonomia (Coelho, Pereira & Marranita, 2014).

De realçar que, durante a prestação dos cuidados, existem limitações para o alcance dos objetivos propostos, uma vez que os EEER conciliam a prestação dos cuidados gerais de enfermagem com os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Na distribuição dos doentes por enfermeiro não são contempladas as horas necessárias para os cuidados de enfermagem diferenciados, ainda que os doentes na UAVC apresentem alterações significativas em termos funcionais e necessitem de mais horas de cuidados. Em termos de diagnósticos de enfermagem apresentam quase todos o autocuidado higiene pessoal dependente; o autocuidado alimentar-se dependente; a capacidade para transferir-se comprometida; a capacidade para posicionar-se comprometida; o autocuidado uso do sanitário dependente; o deambular dependente; o risco de queda; a dor músculo-esquelética presente; o conhecimento sobre saúde diminuído; a consciência alterada; o expetorar ineficaz; a dispneia funcional; o risco de obstipação (Coelho, Pereira & Marranita, 2014).

A educação dos doentes e famílias ou cuidadores, de forma a potenciar a funcionalidade e maximizar a autonomia dos doentes, é um objetivo da equipa que compõe esta UAVC. No entanto, neste contexto, a limitação de intervir neste fenómeno de enfermagem ocorre devido ao tempo restrito de contato com os familiares e cuidadores. Face a isto, em colaboração com os EEER da UAVC, foi sugerido a elaboração de um projeto de intervenção, no sentido de envolver os familiares e cuidadores, através da divulgação de orientações e estratégias facilitadoras, de forma a assegurar a continuidade de cuidados no domicílio. Apesar do envolvimento neste projeto, não houve oportunidade de o concluir no decorrer do estágio.

Esta necessidade encontrada no local de estágio de englobar a família/cuidadores nos cuidados aos doentes com AVC levou à realização de uma revisão sistemática da literatura, no sentido de obter um maior conhecimento e compreensão sobre as intervenções produzidas pelos enfermeiros, ao nível da educação e ensino à família aos doentes com AVC, com repercussão na qualidade de vida dos mesmos. De acordo com os artigos encontrados, após pesquisa nas bases de dados científicas, no espaço temporal entre 2008 a 2018, a conclusão foi que as intervenções de enfermagem de reabilitação passam pelo ensino/esclarecimento aos doentes e à família de questões relativas ao conceito de AVC e as suas complicações, à prevenção de novo AVC, a intervenções relacionadas com o autocuidado aos doentes com AVC e a intervenções de suporte emocional e psicológico aos familiares de referência/cuidadores. O resumo desta revisão sistemática da literatura, submetida para publicação, encontra-se em anexo a este trabalho (Anexo A).

3.1. Problemática e enquadramento concetual

Os doentes com AVC, devido a um conjunto de défices que limitam a sua funcionalidade, poderão evidenciar compromissos a nível da execução das suas tarefas do dia-a-dia, nomeadamente no desempenho das AVD'S, inerente ao seu autocuidado. Face à avaliação do défice de autocuidado, os EEER deverão procurar adequar as suas intervenções com o intuito de diminuir esse défice, ensinando, orientando, promovendo e apoiando os doentes na satisfação do seu autocuidado. De igual modo, na impossibilidade satisfazer o seu autocuidado, os enfermeiros deverão executar a ação pelos doentes (Duarte, 2014).

De forma a entender a ocorrência destes défices nos doentes com AVC, com impacto na sua funcionalidade e consequentemente na sua independência no desempenho das suas AVD's, importa enquadrar o conceito de AVC e as suas consequências.

O AVC pode ser definido como uma doença súbita, que afeta uma determinada área do encéfalo, originando sintomas e sinais de défices motores e sensitivos provocados pela perda de função da área afetada (Ferro, 2006) e que acarreta um estado de maior ou menor grau de dependência na pessoa. Para Sacco et al. (2013), o AVC pode ser caracterizado como um défice neurológico, atribuído a uma disfunção neurológica focal aguda no Sistema Nervoso Central, de causa vascular.

Para Lacerda, Brito, Souza, Júnior, & Faria (2018), o AVC caracteriza-se por um conjunto de sintomas, com duração de pelo menos 24h e que resultam em compromisso da função cerebral. Poderá ser classificado como isquémico e hemorrágico, sendo o mais comum o AVC isquémico.

O AVC isquémico ocorre devido a uma interrupção do fluxo sanguíneo, por obstrução de uma artéria a uma determinada área do encéfalo, levando a morte neuronal da área vascularizada pelo vaso obstruído (Lacerda et al., 2018; OMS, 2006). Se esta interrupção durar menos de 24h e as disfunções forem consideradas reversíveis estamos perante um AIT (Lacerda et al., 2018).

O AVC hemorrágico ocorre quando existe um extravasamento de sangue para dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central, como por exemplo pela rutura de um aneurisma. Considera-se hemorragia intracerebral quando ocorre um derrame sanguíneo no parênquima cerebral e uma hemorragia subaracnoídea quando o derrame ocorre no espaço entre o parênquima cerebral e a membrana aracnoide (Lacerda et al., 2018; OMS, 2006).

Segundo a SPAVC (2011), os fatores de risco que poderão potenciar a ocorrência do AVC podem ser subdivididos em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Destes fatores de risco salientamos:

- Fatores de risco definitivos ou não modificáveis: a idade; sexo e fatores genéticos, entre outros;

- Fatores de risco modificáveis: HTA; o tabagismo; a diabetes *mellitus* (DM); a dislipidemia; a fibrilhação auricular; o AIT ou o AVC prévio; o álcool; a obesidade; a distribuição abdominal da gordura corporal; o sedentarismo; a nutrição e a dieta e a terapia hormonal de substituição, entre outros.

Ferro (2006) refere a idade e a HTA como os fatores mais importantes. Quanto à idade, a incidência do AVC e a mortalidade, aumenta exponencialmente quanto maior for a mesma. Relativamente à HTA, quanto maior a pressão arterial, seja sistólica ou diastólica maior o risco. O mesmo autor refere que o AVC tem maior incidência nos homens afro-portugueses, nos diabéticos, nas pessoas com hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos excessivos. No caso do tabagismo, um ex-fumador após uma abstinência de 5 anos apresenta o mesmo risco que a pessoa que nunca fumou. No que concerne aos hábitos alcoólicos, um consumo moderado (até 3 unidades/dia), reduz o risco e um consumo excessivo (superior a 5 unidades) aumenta-o. A dislipidemia, a obesidade e o sedentarismo apesar de serem fatores relevantes, são considerados pelo autor de menor importância, face aos anteriores (Ferro, 2006).

Segundo Lacerda et al. (2018), as manifestações clínicas nos doentes com AVC variam substancialmente consoante a topografia da lesão. Dependendo da área cerebral afetada, ocorrem disfunções clínicas específicas, no entanto é comum encontrar as seguintes manifestações clínicas nos doentes com AVC: hipotonia, seguida de hipertonia, espasticidade, movimentos estereotipados, apraxia, agnosia, afasia, perda dos mecanismos de controlo postural, diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, pode ocorrer também alterações do comportamento.

Segundo Ferro (2006), os principais quadros clínicos do AVC isquémico e do AVC hemorrágico estão sintetizados nos quadros seguintes.

Quadro nº 1 - Principais quadros clínicos do AVC isquémico

Principais quadros clínicos do AVC isquémico	
Território carotídeo	
<ul style="list-style-type: none"> • Artéria cerebral central da retina <ul style="list-style-type: none"> ○ Cegueira ipsilateral; ○ Amaurose fugaz ipsilateral. • Artéria cerebral anterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Síndrome frontal; ○ Parésia do membro inferior contralateral; ○ Afasia transcortical (hemisfério esquerdo). • Artéria carotídea anterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemiparésia contralateral; ○ Hemihipostesia contralateral; ○ Hemianopsia contralateral. • Artéria cerebral média (ACM) - todo território <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial; ○ Afasia global (hemisfério esquerdo); ○ Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo); ○ Neglect (hemisfério direito); ○ Desvio ocular conjugado, para o lado oposto ao da hemiparesia. • ACM – ramos antero-superiores <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial; ○ Afasia não fluente (hemisfério esquerdo); ○ Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo); ○ Neglect (hemisfério direito). • ACM – ramos póstero-inferiores <ul style="list-style-type: none"> ○ Afasia fluente (hemisfério esquerdo); ○ Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo); ○ <i>Neglect</i> (hemisfério direito); ○ Quadrantópsia contralateral. • ACM – ramos profundos <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemiparésia contralateral; 	

○ Hemi-hipostesia contralateral.
Território Vértebro-basilar
<ul style="list-style-type: none"> • Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos <ul style="list-style-type: none"> ○ Desequilíbrio e ataxia; ○ Nistagmo; ○ Diplopia, parésias dos movimentos oculares conjugados; ○ Disartria; ○ Disfagia, soluços; ○ Coma; ○ Síndromas alternos (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia/e ou hemi-hipostesia contralateral); ○ Parésias e/ou alterações da sensibilidade bilaterais. • Artéria Cerebral Posterior (ACP) <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemianopsia contralateral; ○ Hemi-hipostesia contralateral; ○ Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo); ○ Agnosia visual (hemisfério esquerdo); ○ Agnosia para cores (hemisfério esquerdo); ○ Prosopagnosia (hemisfério direito);

Fonte: Ferro, J. (2006). *Acidente Vascular Cerebral* In Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia – Princípios Diagnósticos e Tratamento* (pp.77-87). Lisboa: LIDEL

Quadro nº 2 - Principais quadros clínicos do AVC hemorrágico

Principais quadros clínicos do AVC hemorrágicos
Hemorragia subaracnoideia
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia súbita, intensa, generalizada, desencadeada por um esforço; • Náuseas e vômitos; • Alteração da vigília, por vezes transitória; • Sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Kernig).

Hemorragia intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia intracerebral hemisférica profunda <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial; ○ Afasia global (hemisfério esquerdo); ○ Neglect (hemisfério direito); ○ Desvio ocular conjugado, para o lado oposto ao da hemiparesia; ○ Cefaleias, náuseas e vômitos; ○ Deterioração progressiva da vigiidade; • Hemorragia intracerebral hemisférica lobar <ul style="list-style-type: none"> ○ Variável consoante o hemisfério e o lobo afectado; ○ Sintomas mais frequentes: afasia, hemianopsia, neglect, défices visuais e espaciais; cefaleias. • Hemorragia intracerebral do cerebello <ul style="list-style-type: none"> ○ Náuseas e vômitos; ○ Cefaleias; ○ Impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem; ○ Ataxia ipsilateral. • Hemorragia intracerebral da protuberância <ul style="list-style-type: none"> ○ Tetraparésia; ○ Pupilas mióticas (punctiformes); ○ Coma;

Fonte: Ferro, J. (2006). *Acidente Vascular Cerebral* In Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia – Princípios Diagnósticos e Tratamento* (pp.77-87). Lisboa: LIDEL

Após a ocorrência de um episódio de AVC, podem estar presentes uma série de défices neurológicos, sendo a sequela física mais comum a hemiplegia. Podem ainda apresentar-se como outras consequências problemas de percepção, cognição, sensoriais e de comunicação, pelos quais se evidencia uma deterioração da qualidade de vida dos doentes, sendo que grande parte destes permanecem com algum grau de deficiência. Face ao grau de acometimento os doentes perdem a seletividade dos seus movimentos, como causa do predomínio da atividade da musculatura antagonista, tendo impacto negativo ou impossibilitando o desempenho das suas AVD's, condicionando o retorno à sua atividade laboral e social (Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra, 2009; Oliveira & Silveira, 2011).

Pela perda de autonomia decorrente das incapacidades, o AVC é causa de insatisfação com a vida e de diversas limitações funcionais (Falcão, Carvalho, Barreto, Lessa, & Leite, 2004).

Para Hebert et al. (2016) a reabilitação dos doentes com AVC é um processo progressivo, dinâmico e orientado para objetivos, que visa permitir que uma pessoa com deficiência atinga o nível ideal de atividade física, cognitiva, emocional, comunicativa, social e / ou funcional. Após um AVC, frequentemente os doentes continuam a necessitar de reabilitação para défices persistentes relacionados com a espasticidade, alteração funcional dos membros superiores e inferiores, dor no ombro e outras, alterações na mobilidade / marcha, disfagia, visão e comunicação alteradas.

Marques-Vieira, Sousa & Braga (2016), consideram que os cuidados de enfermagem numa fase inicial podem ser centrados na prevenção de complicações do AVC, contudo à medida que os doentes apresentem uma maior estabilidade e que seja conhecida a etiologia do AVC, é fundamental centrar os cuidados no retorno a uma vida ativa.

Para Menoita (2012), a intervenção dos EEER constitui uma mais-valia na avaliação e melhoria dos resultados, alcançando os doentes melhores níveis de capacidade funcional, fomentando o *coping* efetivo, a qualidade de vida e a satisfação. Tendo em conta que os doentes com AVC podem apresentar inúmeros défices que condicionam o desempenho normal das suas atividades básicas de vida diária, os mais frequentes no contexto da nossa intervenção estão de seguida descritos com o diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® versão 2015 (OE, 2016 a) e o Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015, a) e são: a mobilidade comprometida associados ao movimento muscular diminuído, à parésia ou à espasticidade, equilíbrio corporal comprometido, andar comprometido (por alterações no padrão da marcha) e défice sensorial; e o défice de autocuidado (como exemplo os autocuidados comer/beber, higiene, ir ao sanitário, vestuário, transferir).

O diagnóstico de enfermagem mobilidade comprometida, nos doentes com AVC, encontra-se associada à incapacidade em mover parte do corpo ou a sua totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, durante um período mais ou menos longo de tempo e que pode acarretar complicações em cada um dos sistemas orgânicos (OE, 2013).

Segundo Menoita (2012), nos doentes com AVC as alterações da mobilidade encontram-se relacionadas com as modificações da força e do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade.

O diagnóstico de enfermagem movimento muscular diminuído (OE,2015a), traduzido pela hemiplégia ou hemiparesia, constitui um dos diagnósticos de enfermagem mais comuns, presente nos doentes com AVC. A hemiplégia caracterizada pela paralisia no hemicorpo do lado contralateral ao da lesão cerebral e a hemiparésia caracterizada pela diminuição da força e sensibilidade no hemicorpo contralateral ao lado da lesão (DGS,2010).

Segundo Menoita (2012), após a rotura ou oclusão arterial, pode ocorrer dano nas funções dos axónios que passam através da área, deixando os impulsos de ser conduzidos. Na sequência deste evento, o feixe corticoespinhal pode ser afetado levando à paralisia dos músculos controlados pelos neurónios motores superiores. Grande parte das fibras do trato corticoespinhal, após passarem pela cápsula interna, cruzam-se para o lado oposto no tronco cerebral, podendo haver paralisia dos músculos no lado oposto à lesão, dando origem a hemiplégia/hemiparésia contralateral (Menoita, 2012).

A hemiparesia e hemiplégia provocam uma assimetria no controlo muscular do lado lesado, levando a uma instabilidade postural, quer em repouso, quer em movimento (DGS,2010), impedindo os doentes de utilizarem um conjunto de padrões normais de postura e movimento, fundamentais para a execução de atividades funcionais como rolar, sentar, manter a posição ortostática, a marcha e o desempenho de AVD'S (Menoita, 2012).

As alterações do tônus muscular nos doentes com AVC, caracterizado pela espasticidade é um diagnóstico de enfermagem (OE,2015a) que também poderá estar presente. Segundo Menoita (2012), imediatamente após o AVC o hemicorpo lesado poderá apresenta-se flácido, isto é, em hipotonia, sem capacidade para iniciar movimentos voluntários. Apesar da hipotonia poder persistir durante algum tempo, na maioria dos casos é seguida de um quadro de hipertonia, verificando-se um aumento da resistência ao movimento passivo, característico do padrão espático.

A espasticidade pode ser definida como um aumento do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, ocasionada pela hiperexcitabilidade do reflexo de

estiramento devida à falta de controlo do sistema nervoso central, via descendente retículo-espinhal, como resultado de lesões que comprometeram o trato cortico-espinhal (Menoita,2012).

Segundo a DGS (2010), a espasticidade ocorre predominantemente nos músculos antigravíticos nos membros superiores (músculos flexores) e, nos membros inferiores, nos músculos extensores, produzindo uma postura característica de flexão do membro superior e extensão do membro inferior (DGS, 2010; Menoita, 2012). A espasticidade tem tendência a surgir dos segmentos distais para os proximais (DGS, 2010; Menoita, 2012).

A postura adquirida pelos doentes com padrão espástico é denominada por atitude de Wernicke-Mann (DGS, 2010; Menoita, 2012) e caracteriza-se pelo padrão apresentado no seguinte quadro:

Quadro nº 3 – Padrão característico da atitude de Wernicke-Mann

Cabeça e pescoço	<ul style="list-style-type: none"> • Rotação para o lado são; • Inclinação para o lado lesado.
Membro superior	<ul style="list-style-type: none"> • Retração e depressão escapulo-umeral • Contração dos flexores laterais do tronco e do lado afetado; • Rotação interna do braço; • Flexão com pronação do cotovelo e punho; • Mão com desvio cubital; • Dedos em flexão e adução.
Bacia	<ul style="list-style-type: none"> • Báscula anterior - Anteversão
Membro inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Rotação da coxo-femural; • Extensão da coxo-femural e joelho; • Inversão da tíbio-társica; • Dorsiflexão do pé.

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para Um Envelhecer Resiliente* (pp.75-76). Loures: Lusociência.

O diagnóstico de enfermagem equilíbrio comprometido (OE,2015a) é comum à maior parte dos doentes com AVC. Alteração do equilíbrio, incluindo a alteração do controlo postural,

é uma consequência muito comum nos doentes com AVC (Menoita, 2012; Winstein et al., 2016). O equilíbrio, segundo Winstein, et al. (2016), depende de um conjunto *inputs* sensoriais, visuais e vestibulares e dos sistemas somatossensoriais. Estes *inputs* sensoriais são integrados e utilizados para controlar antecipadamente os outputs motores para distúrbios posturais.

O equilíbrio é considerado um processo estático, no entanto vários mecanismos como a gravidade e mecanismos de controlo neural, levam a um deslocamento no alinhamento corporal e que requer o alcance do controlo postural. A manutenção do equilíbrio em pé, é considerada uma tarefa complexa (Aikwa, Bracialli, & Padula, 2006).

Os doentes com alteração do equilíbrio poderão apresentar dificuldade em desempenhar de forma segura as suas AVD's (Menoita 2012; Winstein et al., 2016), de forma a regressarem a casa e à comunidade e terem uma vida independente (Winstein et al., 2016).

As alterações no equilíbrio provocam nos doentes um nível baixo de confiança, podendo levar a uma maior inatividade. Para além deste facto, aumenta o risco de ocorrência de queda (Winstein et al., 2016).

A marcha, traduzida pelo diagnóstico de enfermagem, como andar comprometido, CIPE® (OE,2015a) poderá ser afetada após o AVC, condicionando a capacidade dos doentes para andar. Segundo Menoita (2012) os doentes poderão apresentar uma dificuldade para andar. O tipo de alteração de marcha mais comum é, segundo esta autora, denominado por marcha hemiparética, helicópede ou ceifante, estando associado a alterações posturais, originadas pelo padrão espástico do membro inferior afetado, e esta é executada arrastando o membro inferior em semicírculos. Podemos também encontrar uma marcha atáxica (se por exemplo, a lesão se localizar no cerebelo), caracterizada por movimentos incertos, inseguros e descoordenados, apresentando os doentes um andar cambaleante, procurando equilíbrio com uma base de sustentação larga (Menoita,2012).

Os doentes com AVC podem estar sujeitos a várias alterações das suas funções sensoriais, caracterizado em termos de diagnóstico de enfermagem por défice sensorial (OE,2015a). Segundo Menoita (2012), a diminuição ou a ausência da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa), poderá conduzir a disfunções percetivas, como a alterações da imagem corporal ou *neglect* unilateral, e para o risco de lesões.

Segundo Cancela (2008), citado por Menoita (2012), a diminuição ou abolição da sensibilidade propriocetiva, quer postural, quer vibratória, poderão levar à perda de capacidade de execução de movimentos eficientes e controlados, assim como à diminuição da sensação da posição do corpo e de movimento, impossibilitando ou diminuindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo lesado.

Estas alterações da sensibilidade superficial e profunda, associadas às alterações da força, do tônus e do mecanismo de controlo postural, podem conduzir à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afetado, assim como levar a padrões corporais inadequados no hemicorpo não afetado, que é usado como compensação (Menoita, 2012).

Outros défices sensoriais que os doentes com AVC podem apresentar são as alterações do foro visual. Segundo Winstein et al. (2016), uma das alterações visuais mais frequentes é perda da visão de um campo visual. Os doentes com AVC podem também ser acometidos com outras numerosas formas de deficiência visual, nomeadamente movimentos oculares involuntários, diminuição da acuidade visual, dificuldades na leitura, alterações no processamento visual (Winstein et al., 2016).

A visão desempenha um papel central em muitas funções humanas, por isso as alterações a este nível podem afetar, os doentes com AVC nos seus variados papéis, a sua motivação, os seus comportamentos e a sua qualidade de vida (Winstein et al., 2016).

As condições que afetam o autocuidado e consequente capacidade para exercer as AVD's nos doentes com AVC podem estar relacionadas com paralisia ou parésia de uma mão ou braço, sensibilidade diminuída de uma mão ou braço, défice percetual como perturbações da imagem corporal, desorientação espacial e apraxia; hemianopsia; limitação da amplitude do movimento (Theuerkauf, 2000).

Andrade et al. (2009) e Oliveira & Silveira (2011) também referem que os doentes com AVC podem apresentar uma série de défices neurológicos, sendo a sequela física mais comum a hemiplegia, mas outros problemas de perceção, cognição, sensoriais e de comunicação, poderão também estar presentes, ocasionando algum grau de deficiência e evidenciando uma deterioração da qualidade de vida dos doentes. Estes compromissos traduzem-se também num

impacto negativo, condicionando ou impossibilitando o retorno dos doentes com AVC à sua atividade laboral e social.

Assim sendo, os doentes com AVC apresentam frequentemente défice no autocuidado. O autocuidado é constituído por AVD's, que são compostas de deveres e tarefas que vão desde tarefas pessoais básicas (por exemplo, tomar banho, vestir-se e se arrumar) até tarefas pessoais instrumentais (por exemplo, usar o telefone, gerir medicação, realizar transações bancárias ou comprar alimentos). Essas tarefas são fundamentais para viver num mundo social, pois permitem a sobrevivência básica e a manutenção da saúde, criando um senso de autoeficácia e grande satisfação de vida (Heartl, 2018).

Cavalcante, Nemer, Moreira, & Ferreira (2018), numa revisão integrativa sobre as intervenções de enfermagem nos doentes com AVC em fase de reabilitação, aferiram que o cuidado relacionado às AVD'S envolve ações destinadas a ajudar os doentes a integrarem habilidades recém-adquirida, tais como vestir, comer, sair da cama e utilizar os sanitários. Estas ações podem ir do auxílio na sua execução até ao reforço positivo na sua execução. Torna-se fundamental treinar e encorajar os doentes na realização do seu autocuidado.

Como já foi referido atrás, o autocuidado foi explorado e desenvolvido por Orem e a sua teoria geral é constituída por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a Teoria do Défice do Autocuidado, que descreve e explica as razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que explica as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Petronilho & Machado (2016), o sistema de enfermagem construído pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades que os doentes apresentam para desempenhar as atividades de autocuidado. Sendo assim, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, que são: o Sistema Totalmente Compensatório, que engloba as situações em que os doentes não tem capacidade para envolver nas ações de autocuidado, e como tal está ou é socialmente dependente dos outros para a sua sobrevivência e bem-estar; o Sistema Parcialmente Compensatório, em que o enfermeiro e os doentes têm um papel principal no desempenho das tarefas de autocuidado. Neste sistema, a função dos enfermeiros é compensar as limitações dos doentes e o Sistema de Apoio/Educação, em que os

doentes apresentam capacidade para o autocuidado, carecendo apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o desenvolvimento das atividades de autocuidado (Petronilho & Machado 2016).

Sendo projeto de intervenção profissional centrado no treino de AVD's e na recuperação funcional dos doentes com AVC, fundamentando com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, as ações desenvolvidas junto do doentes tendo em conta capacidade de participação dos mesmos nas atividades de autocuidado enquadram-se no Sistema de Parcialmente Compensatório, visto os doentes apresentarem determinadas incapacidades funcionais e ser função do enfermeiro compensar as suas limitações, mas enquadra-se também no Sistema de Apoio/Educação, nomeadamente no que concerne à orientação dos doentes para a aquisição de novas competências e estratégias adaptativas à nova situação, promovendo a sua autonomia.

São igualmente importantes as atividades que permitem prevenir complicações, nomeadamente as que decorrem da alteração da mobilidade e que também interferem no desempenho das AVD's. Para a OE (2011b), o treino de AVD's é considerado parte integrante dos planos e programas de enfermagem de reabilitação de forma a proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível. Menoita (2012) refere que os EEER têm um papel fundamental na transferência de conhecimentos necessários na promoção da readaptação funcional dos doentes com AVC, tanto junto dos próprios doentes como das suas famílias no sentido de promover a continuidade do cuidado.

De acordo com Menoita (2012):

“O Enfermeiro de Reabilitação assume os papéis de Interpretação das características envolventes em cada situação para que possa definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional; Consolidação, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e posteriores limitações; Conservação, reforçando comportamentos de adaptação positiva, assegurando a continuidade de serviços e cuidados e minimizando o impacto ou restrição da incapacidade; Integração, com a contribuição dos diferentes profissionais nos seus diferentes papéis e competências” (p.35).

A independência ou máxima funcionalidade possível no desempenho das AVD's pode ser alcançada através do treino de capacidades remanescentes e/ou pela utilização de

estratégias adaptativas, designadamente pelo uso de dispositivos de compensação ou produtos de apoio (OE, 2011b).

No Parecer Nº 12/2011 da OE (2011b) sobre AVD's estão descritas, tendo em conta as funções e estruturas do corpo envolvidas assim como a atividades e participação para a sua execução, seis AVD's, sendo elas:

- Higiene pessoal: capacidade para o uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo, a higiene oral e o arranjo pessoal (como exemplo barbear, pentear, colocar maquilhagem).
- Controlo de eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário: capacidade para a ação controlada de mictar ou defecar assim como ir ao sanitário para eliminação e realizar a higiene após o mesmo.
- Vestuário: capacidade para ir buscar as roupas ao armário e a ação de vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos;
- Alimentação: capacidade para o uso de talheres, fragmentar os alimentos no prato, dirigir a comida do prato para a boca.
- Locomoção: capacidade de se deslocar de forma autónoma.
- Transferência: capacidade para sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir de uma cadeira para a outra, para a sanita, banheira ou outra superfície.

Seguindo, por outro lado, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE de 2015, tendo como base a linguagem CIPE®, os focos de enfermagem associados às AVD'S são: o Andar; Autocontrolo continência Urinária; O Autocontrolo continência Intestinal; Autocuidado comer e beber; Autocuidado: higiene; Autocuidado ir ao sanitário; Autocuidado vestuário; Posicionar-se e Transferir-se (OE,2015a).

Face ao comprometimento das AVD's, na maior parte dos casos, as necessidades de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação nos doentes com AVC centram-se na promoção da independência no desempenho das mesmas e na restauração das funções perdidas (Menoita, 2012).

4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

O presente relatório deverá responder aos objetivos preconizados na respetiva UC e refletir sobre a concretização dos objetivos relativos à obtenção de grau de mestre.

Na UC Estágio Final é, segundo o Documento Planeamento do Estágio Final, 2018-2019, expetável que o mestrando atinja os seguintes objetivos e seja capaz de:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidade;
- Implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- Diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, de natureza traumática, ortopédicos e ortotraumatológico;
- Capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, desenvolvendo para tal programas de treino de AVD's e de utilização de ajudas técnicas.
- Gerir cuidados e projetos otimizando em articulação com equipa multiprofissional, a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores;
- Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A delineação destes objetivos visam também ir de encontro ao preconizado no Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016) para obtenção do grau de mestre, mais precisamente no que concerne ao desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, constituindo bases de desenvolvimento ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; no saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; na capacidade de comunicação das suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de forma clara e sem ambiguidades e na aquisição de competências que lhes

possibilitem, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

Lautert, Dal Pai & Ramos (2013) referem que a definição de objetivos de investigação para além de ser um requisito da pesquisa científica, ajuda o investigador a determinar o que pretende alcançar com a sua intervenção e que neste caso foi melhorar as capacidades funcionais nos doentes com AVC. Sendo os objetivos específicos as estratégias para conseguir o objetivo geral (Lautert, Dal Pai, & Ramos, 2013), definimos então:

- Avaliar os doentes com AVC em termos das suas capacidades funcionais;
- Identificar nestes doentes as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Implementar um plano de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptado às necessidades concretas de cada doente;
- Avaliar a eficácia desses planos de intervenções e os benefícios para cada doente.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Sendo o objetivo geral do projeto de intervenção profissional, melhorar as capacidades funcionais nos doentes com AVC visando a restauração da função e diminuição do impacto das incapacidades instituídas sistematizaram-se no quadro nº 4 os objetivos específicos as estratégias e intervenções necessárias.

Quadro nº 4 – Estratégias e Intervenções do projeto de intervenção profissional

Objetivo: Avaliar os doentes com AVC em termos das suas capacidades funcionais
Estratégias e Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade de aquisição de novos conhecimentos através da <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) – Na avaliação inicial; • Avaliar a força muscular utilizando a Escala de Lower – Na avaliação inicial; • Avaliar o equilíbrio e o risco de queda através do Índice de Tinetti e da Escala de Morse respetivamente – Na avaliação inicial; • Avaliar o nível de dependência nas AVD'S pela Medida de Independência Funcional (MIF) – Na avaliação inicial.
Objetivo: Identificar junto dos doentes as necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação
Estratégias e Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Criar ambiente propício junto dos doentes com AVC, obtendo a sua colaboração – Em todos os contactos com os doentes; • Observar criteriosamente e efetuar colheita de dados junto dos doentes – Em todos os contactos com os doentes; • Consultar processo clínico e exames complementares de diagnóstico – Em todos os contactos com os doentes.
Objetivo: Implementar um plano de intervenção de cuidados de Enfermagem de Reabilitação adaptado às necessidades concretas de cada doente
Estratégias e Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a necessidade e os benefícios do posicionamento terapêutico

<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar ou incentivar a posicionar os doentes em padrão anti-espástico – 2 em 2 horas; • Realizar programa de mobilizações passivas, ativas e ativas resistidas dependendo do grau de força apresentado pelos doentes – 10 repetições, 2 a 3 vezes por dia; • Realizar atividades terapêuticas no leito (rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização e carga no cotovelo) – 2 vezes por turno, à exceção do turno da noite; • Realizar ensino e exercícios e treino de equilíbrio – 3 vezes por turno à exceção do turno da noite; • Realizar ensino e treino de marcha – 3 vezes por turno, à exceção do turno da noite; • Realizar ensino e treino de AVD'S (uso dos sanitários; vestuário; alimentação; locomoção; transferência) – Durante o desempenho dessas tarefas, nomeadamente nos turnos da manhã e da tarde.
<p>Objetivo: Avaliar a eficácia do plano intervenção de Enfermagem de Reabilitação e os benefícios para cada doente.</p>
<p>Estratégias e Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a eficácia das atividades desenvolvidas através dos instrumentos de avaliação: Índice de Escala de Lower; Escala de Morse, Índice de Tinetti e MIF – em pelo menos 3 avaliações.

5.1. Fundamentação Teórica

O projeto de intervenção profissional aplicado aos doentes com AVC da UAVC da referida unidade hospitalar, teve como base a implementação do Processo de Enfermagem, sendo dirigido para a avaliação de resultados da implementação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

O Processo de Enfermagem é uma forma organizada e sistematizada de assistir a pessoa que requer cuidados de enfermagem. Segundo Pires (2012), este é um instrumento que proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de uma forma ordenada e lógica. É constituído pelos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e é ordenado em cinco etapas distintas: fase de observação, fase de apreciação, fase de planeamento, fase de execução e fase de avaliação. Tem como objetivos individualizar as necessidades do doente,

família e comunidade, manter e melhorar o bem-estar e promover a uniformização e continuidade dos cuidados.

A fase de avaliação e de apreciação implicou o reconhecimento, nos doentes com AVC, dos défices apresentados e consequentemente a elaboração dos respetivos diagnósticos de enfermagem. Esta fase implicou, de igual modo a utilização de instrumentos de medida pertinentes, no âmbito do projeto de intervenção realizado, mais precisamente o MMSE, a escala de Lower, o Índice de Tinetti, a escala de Morse e a MIF.

O MMSE foi aplicado aos doentes numa primeira avaliação, como critério de inclusão para o projeto de intervenção, sendo este considerado um teste de rastreio de défice cognitivo/demência (Santana et al., 2016), portanto foi utilizado para avaliar nos doentes com AVC a capacidade de aprendizagem de novos conhecimentos. O MMSE avalia a orientação temporal e espacial, a memória a curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais (Apóstolo, 2012).

O MMSE é composto por 30 questões, cujas respostas a cada uma das questões se pode obter um score de 0 a 1. Encontra-se organizado em seis domínios: orientação (temporal e espacial); retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem (nomeação, repetição, compreensão verbal, compreensão escrita e escrita espontânea); e capacidade construtiva. Neste teste a pontuação máxima obtida será de 30 pontos (Santana et al., 2016).

O MMSE é constituído por 11 itens, divididos em duas secções, sendo que a primeira exige respostas verbais a questões de orientação e a segunda a leitura e escrita cobrindo a capacidade de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são efetuadas pela ordem listada e podem receber um score imediato somando pontos atribuídos a cada tarefa concluída com sucesso (Apóstolo, 2012)

Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins (2009) realizaram um estudo, com objetivo de determinar, valores normativos MMSE adaptados à população contemporânea em Portugal, propondo os seguintes valores operacionais de “corte”: 22 pontos para literacia de 0 a 2 anos, 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos.

A pontuação ideal será de 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou inferior a 23 poderá indicar compromissos a nível cognitivo (Gluhm et al., 2013).

Tendo em conta que os doentes com AVC apresentam como défice mais frequente a diminuição da força de um hemicorpo, interferindo assim na capacidade de escrita e de desenho, e como tal a incapacidade de resposta a estes itens poderia não corresponder a qualquer alteração em termos cognitivos, os itens nos quais os doentes teriam de realizar estas atividades no teste foram excluídos, e foi utilizada uma escala de MMSE adaptada.

Esta escala adaptada foi constituída por 25 questões, com uma pontuação máxima de 25 pontos. Adaptando os valores operacionais de “corte” propostos por Morgado et al. (2009), para a escala de MMSE adaptada temos uma pontuação inferior a 17 pontos, para uma literacia entre 0 a 2 anos, pontuação inferior a 19 pontos para uma literacia entre 3 a 6 anos e 22 pontos para uma literacia superior a 7 anos. Esta escala adaptada encontra-se em anexo a este trabalho (Anexo B).

Foram excluídos no projeto de intervenção, os doentes cujo resultado deste teste indicou compromisso cognitivo, isto é uma pontuação igual ou inferior a 19 pontos.

A avaliação da força muscular é executada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, sendo que esta avaliação deve ser iniciada dos segmentos distais para os proximais (Menoita, 2012). Para avaliação da força, neste projeto de intervenção foi utilizada a escala de Lower. Esta avaliação é efetuada através do uso da força e resistência do avaliador (Menoita, 2012).

A escala de Lower é constituída por 6 graus de força, que vão de uma força muscular de grau 0/5 até uma força muscular de grau 5/5 (Anexo C)

Os doentes com AVC, como já foi referido, apresentam compromisso do equilíbrio sendo que estas alterações se traduzem numa maior dificuldade na execução das AVD's. Por outro lado, uma das consequências destas alterações é o risco de queda. Como tal, nos doentes com AVC, foram avaliados o equilíbrio e o risco de queda com o Índice de Tinetti (Anexo D) e a Escala de Morse (Anexo E), respetivamente.

O Índice de Tinetti é constituído por duas partes, uma que avalia o equilíbrio e a outra que avalia as anormalidades da marcha (Silva, 2008; Karuka, Silva & Navega, 2011). Este instrumento é composto por 16 itens, dos quais 9 avaliam o equilíbrio corporal e 7 avaliam a marcha. A pontuação de cada tarefa executada em cada item varia entre 0 e 1 ou entre 0 e 2. A pontuação máxima para a avaliação do equilíbrio corporal é de 16 pontos, para a avaliação da marcha é de 12 pontos e a pontuação total é de 28 pontos (Silva, 2008). Pontuações inferiores a 19 pontos, representam um risco de queda elevado e pontuações entre 19 e 24 pontos representam um risco de queda moderado (Ferreira et al., 2016; Karuka, Silva & Navega, 2011) e sem risco de queda para pontuações superiores a 24 (Ferreira et al., 2016).

A escala de Morse apresenta uma pontuação total que varia entre 0 e 125 pontos, sendo que uma pontuação de 0 a 24 significa sem risco, de 25 a 50 indica um baixo risco de queda e uma pontuação igual ou superior a 51 indica um alto risco de queda. A versão portuguesa apresenta 6 itens: História de quedas; neste internamento, urgência/ ou nos últimos três meses; diagnóstico (s) secundário (s); ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no andar e na transferência; e o estado mental (Costa-Dias, 2014).

A MIF (Anexo F) é um instrumento que avalia a incapacidade de doentes com limitações funcionais de diferentes causas; avalia quantitativamente a carga de cuidados requerida por uma pessoa na realização de tarefas motoras e cognitivas da vida diária. Apresenta 18 itens, agrupados em seis dimensões, nomeadamente autocuidados, controlo de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social (Assis, Batista, Wolosker, Zerati, & Gengo e Silva, 2015). As dimensões estão repartidas em duas subdivisões: a motora e cognitiva, sendo que a comunicação e cognição social correspondem à MIF cognitiva e as restantes à MIF motora (Talmelli, Gatão, Kusumoto, & Rodrigues, 2010).

Cada item pode ser avaliado de 1 a 7 (Assis et al., 2015; Silva, Schoeller, Gebcke, Carvalho, & Silva, 2012), sendo a mesma uma escala descritiva para classificar o nível de ajuda nas AVD's, em que 1 corresponde à dependência total; 2 à dependência máxima; 3 à dependência moderada; 4 à dependência mínima; 5 à supervisão; 6 à independência modificada (ajuda técnica) e 7 à independência completa (Talmelli et al., 2010).

A pontuação total da MIF pode variar de 18 a 126 pontos, correspondendo à soma das pontuações de cada dimensão. Os níveis de dependência dos doentes são classificados de

acordo com esta pontuação, sendo que 18 pontos correspondem a uma dependência completa, entre 19 e 60 pontos corresponde a uma dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas), 61 a 103 pontos corresponde a uma dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 104 a 126 pontos corresponde a uma independência completa/modificada (Assis et al., 2015; Silva et al., 2012).

A MIF foi utilizada no contexto deste projeto de intervenção em detrimento de outros instrumentos de medida de dependência nas AVD's, nomeadamente o índice de Barthel, por este ser menos preciso, e em itens como a higiene pessoal e o banho, não apresentar itens intermédios (Apóstolo, 2012).

Neste processo de avaliação dos doentes com AVC, foi criado um ambiente propício, obtendo a colaboração dos mesmos. Para Lopes (2015), os enfermeiros deverão procurar adequar a sua ação numa perspetiva humanística e para tal esta ação deve ser concretizada num ambiente favorável para o exercício profissional, seguro, num ambiente facilitador da relação doente/enfermeiro, calmo, confortável e num clima de confiança. Os enfermeiros têm como função minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente, decorrentes das necessidades de assistência em saúde, podem provocar nos doentes.

Como intervenção junto dos doentes com AVC é de extrema importância a avaliação criteriosa e a realização de colheita de dados, tanto junto dos doentes, como através da consulta do processo clínico e de exames complementares de diagnóstico. A colheita de dados permite identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar as intervenções adequadas. Estes dados podem ser obtidos pela entrevista, exame físico, resultados dos exames complementares de diagnóstico e a colaboração de outros profissionais (Santos, Veiga, & Andrade, 2011). É uma etapa integrante do Processo de enfermagem, consistindo num processo dinâmico que envolve a colheita sistemática de dados, a seleção e organização dos dados colhidos e a documentação dos dados de forma recuperável. Os dados recolhidos podem ser objetivos e subjetivos (Cruchinho, 2009) e merecem a mesma atenção.

Na fase de intervenção o posicionamento dos doentes em padrão antispástico é fundamental. Segundo a DGS (2010), o posicionamento em padrão antispástico deve tornar-se um hábito de vida, se possível nas 24 horas do dia. O posicionamento no leito neste padrão, associado ao posterior programa de exercícios de mobilizações, levante e marcha, tem como

objetivo contrariar o padrão espástico, cuja instalação é inevitável se não forem garantidas as posições inibitórias do mesmo. A promoção da alternância de decúbitos é fundamental, sempre em padrão anti-espástico, uma vez que este padrão facilita a integração do esquema corporal e da lateralidade (Menoita, 2012).

Os doentes devem ser motivados para participar neste processo (Menoita, 2012) e sempre que possível ensinados e instruídos ao autoposicionamento correto, dependendo das suas capacidades. Após o posicionamento é de extrema importância verificar o alinhamento corporal e dos vários segmentos, garantir que as proeminências ósseas estejam salvaguardadas da pressão e assegurar o conforto dos doentes (Menoita, 2012).

Segundo Menoita (2012) o posicionamento em padrão anti-espástico deve contrariar a postura de Wernicke-Mann e deve permitir:

- Alinhamento da cabeça com o tronco e se possível, inclinação da cabeça para o lado menos afetado, com rotação para o lado afetado;
- Rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral;
- Extensão do cotovelo, punho e dedos e abdução destes;
- Supinação do antebraço;
- Extensão do tronco, com báscula posterior da bacia;
- Rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo.

Os decúbitos preconizados, em que os doentes com AVC devem ser posicionados ou instruídos ao posicionamento, com o padrão acima descrito são o decúbito dorsal, o decúbito lateral para o lado afetado e para o lado menos afetado (Menoita, 2012).

Sendo o decúbito dorsal o que mais favorece a espasticidade, os doentes devem estar posicionados neste posicionamento por um curto período (DGS, 2010), como por exemplo para alimentação (Menoita, 2012).

O decúbito lateral é o posicionamento de preferência, visto que não agrava o padrão espástico. Os doentes devem ser posicionados em ambos os decúbitos laterais, sendo importante restringir o tempo de permanência sobre o lado afetado, devido às alterações de sensibilidade (DGS, 2010) e pelo risco de ocorrência da síndrome do ombro doloroso (Branco &

Santos, 2010). No entanto o decúbito lateral para o lado afetado apresenta a vantagem de desencadear estímulos proprioceptivos, devido ao peso do corpo que é exercido sobre os pontos de apoio, promovendo a reintegração do hemicorpo afetado no esquema corporal. Este decúbito permite também que os doentes com AVC utilizem o hemicorpo não afetado (DGS,2010).

A realização de um programa de mobilizações passivas, ativas assistida, ativas e ativas resistidas, consoante o grau de força muscular apresentado pelos doentes tem como objetivo, manter a amplitude de movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa Menoita (2012). As mobilizações podem ser classificadas, segundo esta autora, quanto à sua intensidade.

- Mobilizações passivas – O movimento é produzido por uma força externa, com pouca ou nenhuma contração muscular voluntária;
- Mobilizações ativas assistidas – A força externa fornece assistência manual ou mecânica;
- Mobilizações ativas – Existe contração ativa muscular, existindo movimento sem limitação, mas sem resistências externas;
- Mobilizações ativas resistidas – É aplicada uma resistência externa.

Segundo a DGS (2010), o programa de mobilizações deve ser iniciado assim que os doentes se encontrem estáveis hemodinamicamente, uma vez que os preparam para o levantar e previnem complicações inerentes à imobilidade no leito. De modo mais sistematizado, podemos dizer que a grande importância dos exercícios de mobilização nos doentes com AVC é de permitirem:

- Readquirir o esquema corporal;
- Exercitar mecanismos de reflexo postural;
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva;
- Melhorar o equilíbrio;
- Inibir a espasticidade;
- Facilitar as atividades no leito;
- Preparar os doentes para a posição sentada e ortostática.

Para Borgman-Gainer (2000), estes exercícios realizados de uma forma regular são fundamentais em doentes com mobilidade comprometida, como sendo os doentes com AVC e tem como finalidade evitar contracturas ou atrofia, manter o tônus, a força e a função muscular. Esta autora refere ainda a importância do ensino da automobilização e dos exercícios isométricos de grupos musculares do tronco, dos abdominais, do tronco, dos glúteos e dos membros inferiores.

Antes de se iniciar o programa de mobilizações deve ser explicado aos doentes o procedimento, garantir o conforto e o correto posicionamento, assegurando a boa execução de movimentos, ou seja, no plano adequado ao movimento, deixando as articulações livres de almofadas e sem cabeceira, se possível (Menoita, 2012).

Segundo Branco & Santos (2010) e a DGS (2010), as mobilizações devem ser realizadas 2 a 3 vezes por dia; repetidas, pelo menos, 10 vezes em cada movimento; executadas até ao limite da dor, da fadiga, da tolerância e de acordo com a reação dos doentes; realizadas de forma coordenada e repetida, para a formação do engrama motor; controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações; efetuadas do segmento distal para o proximal; realizadas num segmento do hemicorpo, mantendo o outro em posição anti-espástica.

Para evitar o risco de desenvolvimento de problemas osteoarticulares e musculares, o lado não afetado não deve ser descurado e deve igualmente ser mobilizado (Menoita, 2012).

A atividade terapêutica **rolar** é de extrema importância pela utilização dos músculos do tronco, iniciando o movimento voluntário que levará os doentes à vida ativa, uma vez que é um movimento que os doentes iniciam de forma espontânea para se voltar no leito. Este movimento, realizado de forma controlada, ajuda os doentes a tomar consciência de ambos os hemicorpos, a inibir a espasticidade e a iniciar movimentos ativos dos membros (Menoita, 2012). Branco & Santos (2010) e DGS (2010) referem que a atividade terapêutica de rolar tem com principais objetivos:

- Iniciar o autocuidado, permitindo uma maior independência no leito;
- Controlar e inibir a espasticidade extensora;
- Favorecer o alinhamento corporal;
- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado;

- Reeducar o reflexo postural do lado afetado;
- Estimular a sensibilidade.

A atividade terapêutica **ponte** tem um papel essencial no treino dos doentes para passar da posição deitado para a posição sentada e ortostática, sendo que deve ser iniciado o mais precocemente possível (Menoita, 2012). De acordo com Leal (2001), citado por Menoita, (2012), os objetivos deste exercício são:

- Prevenir a rotação externa do membro inferior;
- Inibir a instalação da espasticidade em extensão no membro inferior afetado;
- Facilitar a elevação da bacia;
- Ativar a musculatura do tronco do lado afetado;
- Estimular a sensibilidade postural;
- Fortalecer os músculos para assumir a posição ortostática de forma a prevenir a marcha helicópede.

A atividade de **rotação controlada da anca** é fundamental para o controlo precoce desta articulação e deve ser realizada numa fase inicial do programa de reabilitação (Menoita, 2012).

A atividade de **automobilização** é uma atividade realizada pelos próprios doentes, com ou sem ajuda dos enfermeiros, tanto na posição deitada como na posição sentada. Tem como objetivos ajudar a tomar consciência da mão afetada como parte integrante do próprio corpo e manter o membro superior em padrão anti-espástico, pela extensão e abdução dos dedos, extensão do cotovelo e elevação da escapulo-umeral (Menoita, 2012).

Outra atividade terapêutica como a **carga no cotovelo** é muito importante, podendo ser realizada com ou sem ajuda dos enfermeiros e, tem como objetivos aumentar o tónus muscular do extensor do membro superior afetado e estimular os reflexos cervicais; controlar o movimento da cabeça e estimular a sensibilidade profunda; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; preparar para a posição sentada. (Menoita, 2012);

Os exercícios de **treino de equilíbrio** são realizados, segundo Menoita (2012), assim que a situação clínica dos doentes permita que estes iniciem o levante. Pretende-se com estes exercícios reeducar o equilíbrio na função sentada, numa fase inicial. De acordo com Menoita

(2012), os objetivos do treino de equilíbrio são reeducar o mecanismo de reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural na realização da carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; preparar para a marcha reeducar o mecanismo de reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural na realização da carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; preparar para a marcha.

O treino de equilíbrio sentado nos doentes com AVC pode ser, segundo Borgman-Gainer (2000) e Menoita (2012), realizado através de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico.

O treino de equilíbrio dinâmico sentado deve ser realizado quando os doentes já apresentaram equilíbrio estático sentado (Menoita, 2012), e realiza-se através da indução de ligeiro balanço no tronco dos doentes, em que estes deverão compensar o movimento, mantendo o equilíbrio. Também pode ser realizado, solicitando aos doentes que na posição sentada elevem os braços para trás e para a frente e para a esquerda ou direita (Borgman-Gainer, 2000). A segurança destes exercícios deve ser sempre assegurada, de forma a prevenir eventuais riscos como a queda (Borgman-Gainer, 2000; Menoita, 2012).

A implementação de um treino de marcha só é possível se os doentes apresentarem um equilíbrio dinâmico sentado (Borgman-Gainer, 2000).

Para o treino de equilíbrio em pé é necessário que previamente os doentes tenham realizado de uma forma repetida o treino de manutenção da posição ortostática (Borgman-Gainer, 2000).

Nesta posição podem ser realizados outros exercícios, com apoio fixo (nos pés da cama ou nas costas de uma cadeira), de forma a melhorar o equilíbrio. Este treino pode englobar exercícios como flexão plantar, flexão do joelho, flexão da coxofemoral, extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução), levantar e sentar sem apoio de mãos (Coelho, Barros, & Sousa, 2016).

Previamente ao **treino de marcha**, o plano de treino pode englobar exercícios isométricos que visam a preparação dos músculos utilizados na marcha e exercícios de manutenção do equilíbrio sentado e em pé e conseguir ficar de pé (Borgman-Gainer, 2000),

como já referido. A forma de andar dos doentes com AVC modifica-se em resposta a compromissos da sensibilidade, percepção, mobilidade e controlo motor (Borgman-Gainer, 2000).

A recuperação funcional é fundamental para os doentes com AVC e por isso é um alvo primordial. De acordo com Menoita (2012), os objetivos do treino marcha são: readquirir o padrão automático perdido e promover a independência funcional a nível da locomoção e segurança, com um dispêndio de energia razoável. Para se iniciar um treino de marcha controlado, os doentes devem já conseguir permanecer na posição ortostática e devem de igual modo ter aprendido a evitar a posição de extensão máxima do joelho e a realizar a transferência do peso para o membro inferior afetado (Leal, 2001 referido por Menoita, 2012).

Inicialmente, os enfermeiros devem assistir a marcha, provendo um suporte pélvico ao doente ao nível da anca, permitindo aos doentes a transferência correta do peso para a frente e para o lado (Menoita, 2012).

Segundo a DGS (2010) e Menoita (2012), outra abordagem para estabelecer uma marcha controlada é aquela em que os enfermeiros se posicionam lateralmente aos doentes, ajudando assim os doentes a conferir o movimento corporal correto e auxiliar na transferência correta do peso. Neste treino de marcha os enfermeiros seguram a mão afetada, exercendo pressão para elevar o ombro afetado. Os enfermeiros devem garantir que o braço se encontra em rotação externa, o cotovelo em extensão, o punho em dorsiflexão, a bacia deverá estar direita e o tronco e cabeça erguidos (DGS, 2010).

Martins (2002) citada por Menoita (2012) e a DGS (2010) sublinham o benefício de um treino de marcha de curta duração realizado durante períodos curtos e repetidos relativamente a um treino prolongado uma vez por dia.

Quanto ao uso de auxiliares de marcha, estes são selecionados consoante as limitações físicas dos doentes. No caso dos doentes com AVC as bengalas e os tripés ou pirâmides de base alargada são os mais adequados, dado a diminuição da força ou paralisia de um dos lados corporais (Borgman-Gainer, 2000).

Poderá ser introduzido um auxiliar de marcha e realizado respetivo ensino e instrução, quando os doentes recuperarem a força. De acordo com a DGS (2010) o auxiliar de marcha ideal para os doentes com AVC é o tripé ou o quadripé por permitirem a sustentação estável nas fases iniciais do programa do treino de marcha. Logo que os doentes adquiram equilíbrio corporal completo poderá ser introduzida uma bengala simples (DGS, 2010).

O treino de marcha com os doentes com AVC não deve estar apenas focalizado na independência e autonomia, dever-se-á ter em conta também fatores psicológicos como ansiedade e medo. Os doentes podem apresentar receio de quedas e da dificuldade de mobilização, associando estes aspetos às condições habitacionais e ao suporte familiar (DGS, 2010).

O treino de AVD's é de grande importância na promoção do autocuidado. É fundamental o estímulo aos doentes para que estes se tornem o mais independentes possível, auxiliando-os apenas no que eles não conseguem realizar sozinhos, aumentando a sua autoestima e destacando também a importância de que o membro superior afetado deverá ser estimulado (Menoita, 2012).

Num treino de AVD's em doentes com AVC os enfermeiros devem ter disponibilidade para ensinar e permanecer junto dos doentes, incentivando-os e motivando-os e a cada pequeno progresso promover o reforço positivo (Menoita, 2012).

Relativamente ao treino do **autocuidado higiene**, os doentes devem deslocar-se à casa de banho, logo que possível (DGS, 2010; Menoita, 2012). Como logo após o AVC muitos doentes não apresentam capacidade de perceção de todo o seu corpo, é importante dar tempo para que entendam o que se está a realizar e estimular à sua participação nos cuidados (DGS, 2010).

As eventuais alterações da sensibilidade requerem ensino, e instrução sobre a verificação da temperatura da água (DGS, 2010; Menoita, 2012) e assim de forma gradual os doentes se vão responsabilizando pelo seu autocuidado, adaptando-se às limitações. Devem ser encorajados a realizar todas as atividades em que possam utilizar as partes do corpo não afetadas e cada etapa deve ser estabelecidas de uma forma gradual e realista, de acordo com a evolução das capacidades dos doentes (DGS, 2010).

É também importante que o lado afetado não seja descurado e os doentes devem integra-lo progressivamente nas suas atividades de autocuidado (Cruz, 2012; DGS, 2010). Cruz (2012) refere que os doentes devem também direcionar o membro superior afetado com ajuda do membro não afetado para ensaboar e enxaguar todo o corpo, e na posição sentado devem cruzar as pernas para facilitar a higiene nos membros inferiores e inclinar o tronco para a frente para facilitar a higiene dos membros superiores. Preferencialmente recorrem-se a produtos de apoio como as barras de apoio junto ao chuveiro/ lavatório/sanita, cadeiras para banheira ou estrado de banheira, cadeira sanitária, esponjas de cabo longo, material antiderrapante, (Menoita, 2012). O uso de base de chuveiro pode ser preferível ao uso de banheira, no caso de a pessoa possuir uma cadeira sanitária, pois não implica a técnica de transferência (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016).

Quanto ao **autocuidado arranjar-se**, os doentes com AVC poderão pentear-se, escovar os dentes, uma vez que são atividades que podem ser realizadas com apenas um braço. A utilização do espelho, na realização destas tarefas, contribui para a integração do esquema corporal, possibilitando a correção postural (DGS, 2010). Cruz (2012) aponta para a realização deste autocuidado, estratégias como posicionar o membro afetado sobre o lavatório e incentivar ao máximo o seu uso, quer seja como apoio quer seja com função principal na atividade ou para a completar. Outros produtos de apoio como pentes de cabo comprido, escovas de cabo longo e/ou engrossado, máquina de barbear elétrica, escova de dentes elétrica e bombas fornecedoras de pasta de dentes (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016) podem ser vantajosos.

Relativamente ao **autocuidado vestuário**, Vigia, Ferreira, & Sousa (2016) referem que a diminuição da amplitude de movimentos, da destreza e do equilíbrio dificultam a realização deste autocuidado de forma autónoma, dificuldades que podem ser colmatadas pelo ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas e com o uso de produtos de apoio.

O treino deste autocuidado deve ser realizado preferencialmente na posição sentado, uma vez que estes doentes poderão ter compromissos motores e sensitivos, compromisso no equilíbrio e alteração das capacidades cognitivas (DGS, 2010; Menoita, 2012).

Os doentes devem ser aconselhados e ensinados sobre as vantagens do uso de roupas adequadas às dificuldades presentes, nomeadamente roupas largas, de fácil deslizamento e

maior elasticidade, com elásticos, velcro ou fecho *éclair*, botões grandes e casas alargadas. Os doentes devem ser instruídos a vestir primeiro o lado afetado e a despir este em último, facilitando a tarefa do vestir/despir, de maneira a que os doentes o façam de forma o mais independente possível (Cruz, 2012; Menoita, 2012; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016).

Relativamente ao calçado, deve ser de tamanho adequado, de boa adaptabilidade, antiderrapante e que permita a estabilidade. Poderá ser equacionada a substituição dos atacadores por fechos com velcro ou elásticos laterais. No caso de utilização de atacadores, deve ser instruída técnica adaptativa para que os doentes o consigam fazer apenas com uma mão e a calçadeira de cabo longo pode ser um ótimo recurso para ajudar os doentes a calçar meias e sapatos (Menoita, 2012).

Relativamente ao **autocuidado comer e beber**, os doentes devem estar numa posição correta, que garanta o alinhamento corporal e que mantenha os princípios da biomecânica, quer na posição sentado quer na posição de deitado (Menoita, 2012; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016). Na posição sentada os doentes devem dispor de uma superfície de trabalho ou uma mesa de apoio, com altura apropriada, para garantir o posicionamento correto e promover o alinhamento do membro superior afetado (Menoita, 2012). É essencial estimular a autonomia dos doentes (DGS, 2010; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016), que numa fase inicial poderão necessitar de ajuda parcial quando se alimentam, utilizando também o membro mais afetado (Menoita, 2012). Existem chávenas e copos com formatos específicos, talheres adaptados que permitem auxiliar na preensão e pratos côncavos ou com proteção lateral e material antiderrapante (Menoita, 2012; Theuerkauf, 2000) que facilitam o uso apenas com braço e mão.

O treino do **autocontrolo: continência urinária e intestinal** em doentes com AVC é fundamental e deve ser efetuado na casa de banho, sempre que possível (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016). O treino do controlo da eliminação urinária, depende do tipo de disfunção, podendo ser incluídas ações como mudanças de hábitos, planeamento da ingestão de líquidos, intervalo entre micções e ensino e execução de manobras de Valsava e de Credé, ou mesmo a realização e ensino do cateterismo intermitente (Lourenço & Mendes, 2011).

Quanto ao treino de eliminação intestinal é fundamental promover uma eliminação intestinal eficaz e para isso deve-se estabelecer com os doentes, um horário de eliminação igual ao que este tinha antes da ocorrência do AVC (DGS, 2010; Menoita, 2012). Aconselha-se aos

doentes valerem-se do reflexo gastro e orto-cólico, confirmando a sua vontade de evacuar após as refeições, poderão ser utilizadas manobras de massagem abdominal, estimulação digital ou recorrer a laxantes para esvaziar o intestino (DGS, 2010; Lourenço & Mendes, 2011; Menoita, 2012).

Relativamente ao treino de **transferência**, os doentes devem ser instruídos a sair do leito para a cadeira pelo lado afetado e da cadeira para o leito pelo lado não afetado (DGS, 2010; Menoita, 2012). Neste treino os doentes devem ser incentivados ou assistido a realizar o rolamento para o lado afetado e a cruzar o membro inferior menos afetado sobre o mais afetado, e através de movimento cruzado dos membros superiores, os enfermeiros seguram o membro superior menos lesado, estabilizando com a outra mão o antebraço afetado até à posição de sentado com os membros inferiores fora do leito. Posteriormente os enfermeiros colocam-se de frente para os doentes, “trancando” com os seus joelhos o joelho do lado afetado e realizam uma rotação de 90° sobre o membro inferior não afetado estabilizando os doentes pela cintura com a outra mão, solicitando aos doentes que realizem a inclinação anterior do tronco, sentando-os na cadeira de rodas (DGS, 2010).

5.2. Metodologia

O presente projeto de intervenção profissional enquadrou-se numa metodologia investigação-ação. Trata-se de um método participativo e que tem então como objetivo a transformação de uma realidade através de uma ação planeada, inserindo o investigador no campo de colheita de dados, a interação entre investigador e os sujeitos, além da colaboração destes como agentes transformadores da sua realidade, hábeis para modificar as suas práticas através da aprendizagem (Carvalho e Silva, Figueiredo, & Tyrrell, 2011). O estudo de casos foi usado como estratégia, uma vez que permite produzir evidências com base em distintas técnicas quantitativas e/ou qualitativas e é apropriada para respostas a questões que expliquem circunstâncias atuais de algum fenómeno (Andrade et al., 2017). Yin (2010), referido por estas autoras “define o estudo de caso como uma pesquisa empírica, que investiga fenómenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real (...) especialmente quando os limites entre o fenómeno e contexto são pouco evidentes” (Andrade et al., 2017, p.2).

5.3. Instrumentos de Recolha de Dados e Participantes

Os instrumentos de medida possibilitam quantificar e evidenciar os resultados alcançados através das intervenções. Permitem igualmente a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade, assim como “o desenvolvimento de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas e ser replicados” (OE, 2016b, p.3).

Para avaliar os doentes com AVC e validar a eficácia do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, e verificar se os objetivos traçados foram de facto cumpridos e confirmar os respetivos ganhos funcionais, foi necessária uma rigorosa seleção de instrumentos de medida adequados e que neste projeto foram: Escala de Lower (avaliação da força muscular); Escala de Morse (avaliação do risco de queda); Índice de Tinetti (avaliação de equilíbrio); MIF (avaliação do nível de dependência nas AVD's).

A população-alvo, de acordo com (Fortin, 1999, p.202) compreende os “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente” e os que definimos para participantes e alvo das intervenções foram os doentes internados na Unidade de AVC, com diagnóstico de AVC e que reuniam condições cognitivas para reaprender os autocuidados, definidas pela aplicação do MMSE.

5.4. Considerações éticas

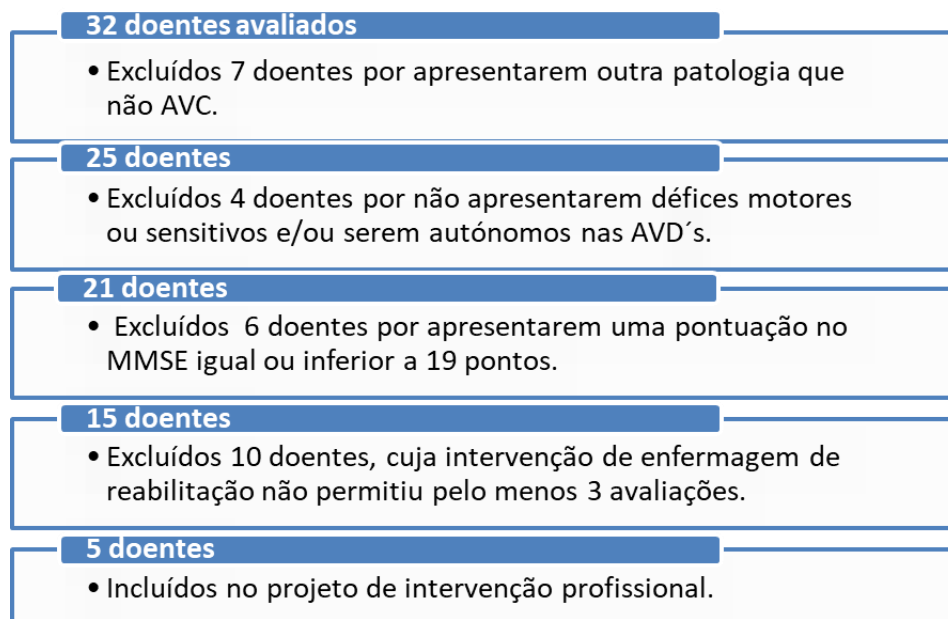
Na elaboração deste projeto foram assegurados os princípios fundamentais de dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional, assim como garantidos os deveres deontológicos intrínsecos à profissão de enfermagem (OE, 2015b). Os princípios éticos referentes à investigação em Enfermagem foram assegurados, nomeadamente: o da beneficência, o da não maleficência, o princípio da fidelidade, o da justiça, o da veracidade e a confidencialidade (Nunes, 2013). De modo a salvaguardar a identidade e a confidencialidade da informação a identidade dos doentes foi omitida e no âmbito deste relatório serão designados por Doente 1; Doente 2; Doente 3; Doente 4 e Doente 5.

O projeto foi dado a conhecer aos participantes/familiares dos participantes, garantindo o seu consentimento na participação e o direito de desistir em qualquer etapa do mesmo (Anexo H). E foi sujeito à avaliação da Comissão de Ética da unidade hospitalar em questão (Anexo G). O estudo não comportou custos adicionais para a instituição onde se realizou.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Durante o período de estágio na UAVC, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a 32 doentes, sendo que nem todos apresentavam como patologia o AVC. Foram então avaliados 25 doentes com AVC, cuja média das idades foi 65,4 anos e maioritariamente do sexo feminino (14 doentes do sexo feminino e 11 do sexo masculino). O projeto de intervenção profissional foi implementado a 5 doentes e a inclusão destes doentes passou pelo processo resumido no seguinte diagrama:

Figura nº 1 – Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos participantes do projeto de intervenção profissional



Quanto à tipologia do AVC, 4 doentes foram acometidos com AVC isquémico e 1 com AVC hemorrágico. Na sua maioria os doentes eram do sexo feminino (4 doentes do sexo feminino e 1 doente do sexo masculino), com idades compreendidas dos 38 aos 66 anos de idade. Todos os doentes que participaram no projeto de intervenção eram previamente independentes no domicílio.

A intervenção e respetiva avaliação foi procedida no momento do primeiro contacto, isto é, no primeiro dia e com seguimento de pelo menos 3 avaliações, incluindo avaliação inicial. Os doentes em que a intervenção foi de menos de 3 dias foram excluídos deste projeto.

De seguida será apresentada uma descrição sumária de cada caso e serão apresentados os resultados inerentes à aplicação do projeto de intervenção profissional para cada doente.

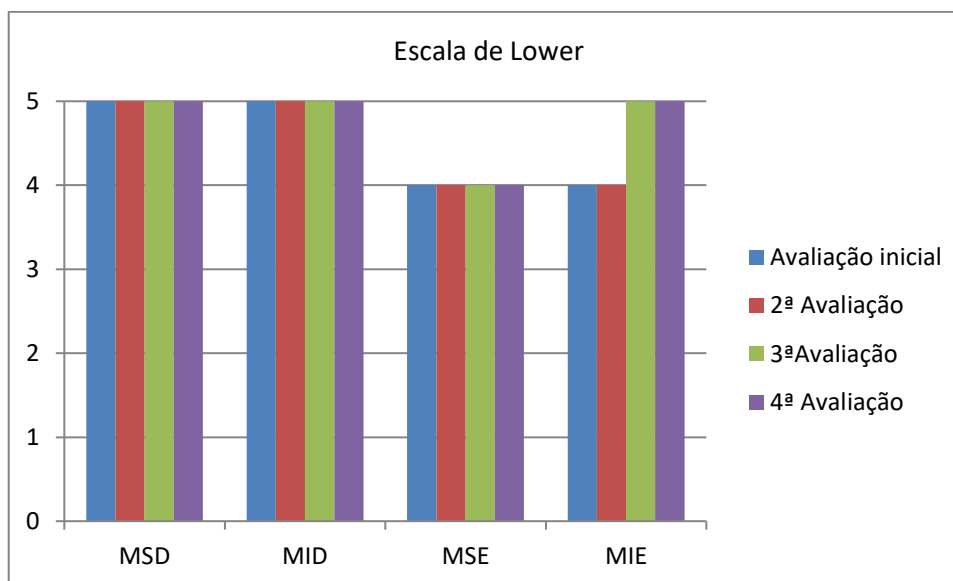
Doente 1

Doente do sexo feminino, com 64 anos de idade, com diagnóstico de AVC Isquémico da ACM direita. Apresentava como antecedentes pessoais depressão, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); dislipidémia; miocardiopatia dilatada. A doente era independente no domicílio e a sua mão dominante era a mão direita. Como diagnósticos de enfermagem apresentava comunicação comprometida por disartria; parésia facial central esquerda; movimento muscular diminuído, com hemiparesia esquerda (com força muscular de grau 4/5 nos segmentos articulares do membro superior esquerdo (MSE) e membro inferior esquerdo (MIE) e equilíbrio comprometido. Apresentada défice no autocuidado comer e beber, higiene, arranjar-se, vestuário, ir ao sanitário, défice no transferir-se e no andar. Além do plano de intervenção definido neste projeto, a esta doente foram executadas intervenções que visaram a melhoria da força muscular dos músculos faciais e a execução de treino a nível da fala, no sentido de melhorar a comunicação.

O contacto com esta doente foi de 4 dias, sendo que no primeiro dia (avaliação inicial) a Doente 1 não tinha indicação para levantar.

Foi realizado programa de mobilizações ativas resistidas nos MSE e MIE. No hemicorpo não afetado também se executaram imobilizações ativas resistidas. A evolução da força muscular na Doente 1, encontra-se traduzida no seguinte gráfico:

Gráfico nº 1 – Avaliação da força muscular da Doente1 pela escala de Lower



Como podemos constatar, durante o período de contato com a doente não se conseguiu recuperar a força do MSE, em termos de recuperação houve uma evolução na força no MIE.

Relativamente ao compromisso no equilíbrio, previamente ao primeiro levante, foram realizadas atividades terapêuticas no leito e posteriormente foi realizado treino de equilíbrio sentado e na posição ortostática. Associado às alterações do equilíbrio existe o risco de queda. O equilíbrio e o risco de queda foram monitorizados através do Índice de Tinetti e da Escala de Morse respetivamente. Os gráficos seguintes traduzem a evolução da doente.

Gráfico nº 2 – Avaliação do equilíbrio da Doente 1 pelo Índice de Tinetti

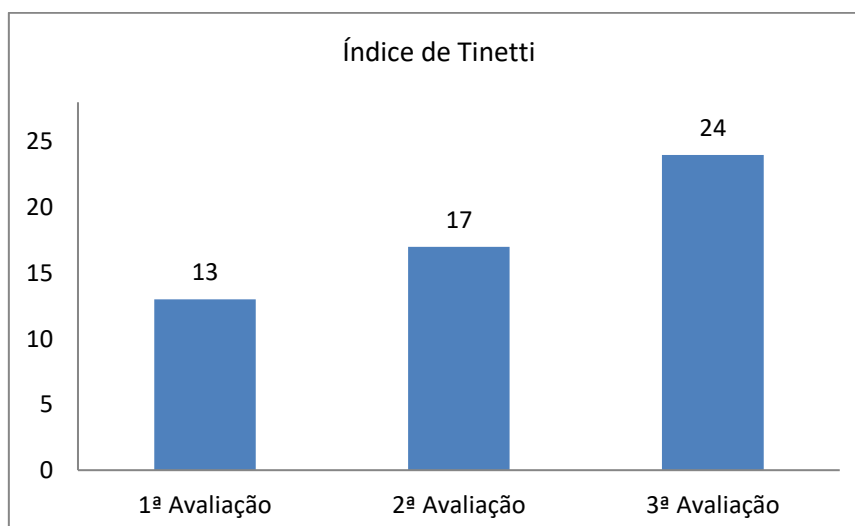
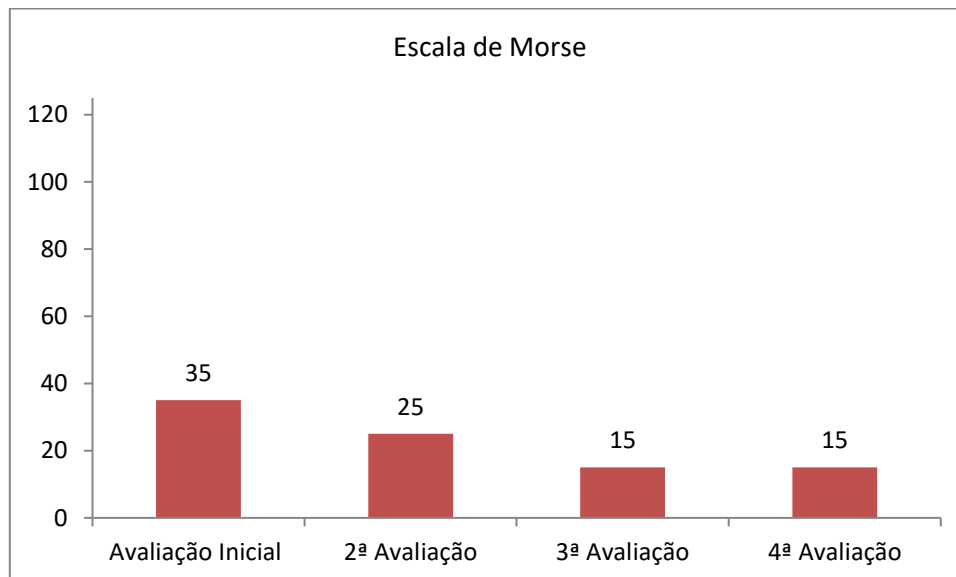


Gráfico nº 3 – Avaliação do risco de queda da Doente 1 pela Escala de Morse



No que respeita aos dados apresentados em termos de avaliação do equilíbrio apenas foram realizados 3 registos, porque apenas se aplicou o Índice de Tinetti quando a Doente 1 realizou o primeiro levante. Nesta avaliação a Doente 1 iniciou, segundo a interpretação do índice de Tinetti com um risco de queda elevado e no último dia de contato apresentou um risco de queda moderado.

Quanto à avaliação do risco de queda, pela Escala de Morse, deparamos com uma redução do mesmo ao longo das intervenções, salientando-se que na avaliação inicial e na 2ª avaliação a doente apresentava um baixo risco de queda e nas duas últimas avaliações apresentou pontuações que indicam ausência de risco.

Relativamente ao défice de autocuidado e à capacidade da Doente 1 executar as suas AVD's, foi aplicada a MIF em quatro momentos, cuja evolução pode ser visível no gráfico nº 4 e em termos dos autocuidados, transferir e deambular, correspondentes à MIF motora no gráfico nº 5:

Gráfico nº 4 – Avaliação da dependência da Doente 1 pela MIF

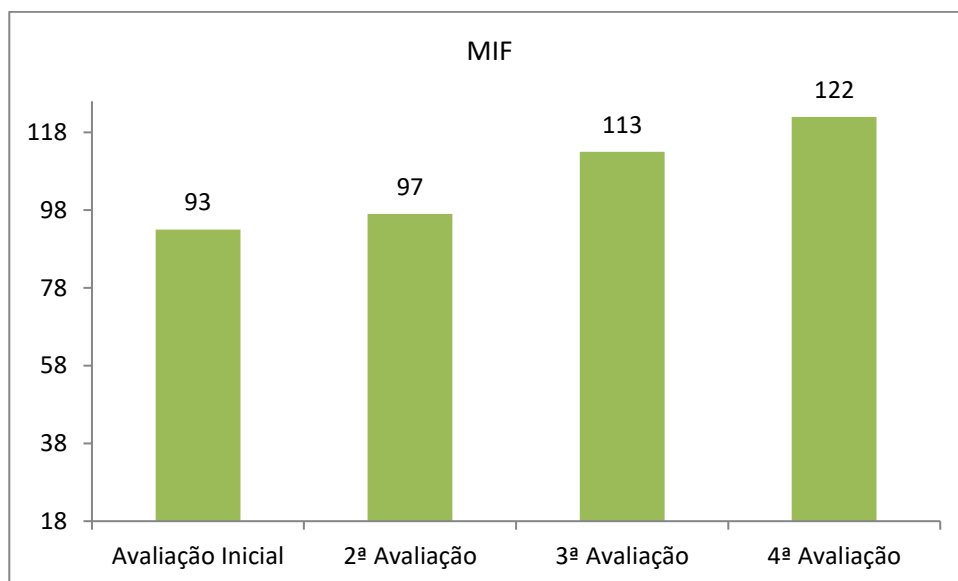
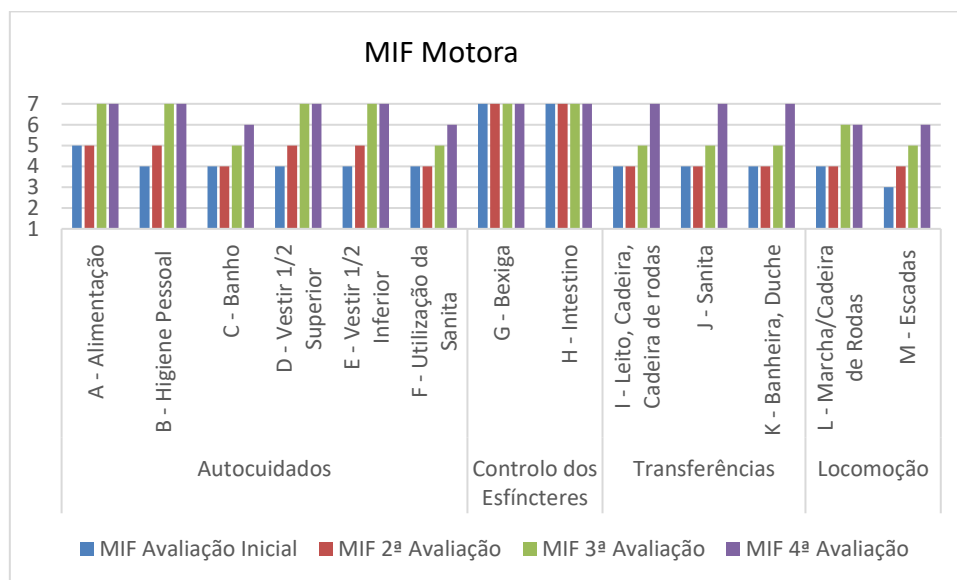


Gráfico nº 5 – Avaliação da dependência da Doente 1 pela MIF motora



Em termos gerais, baseados nos resultados da pontuação total obtida na MIF, a Doente 1 apresentou uma evolução favorável, sendo que após a intervenção de enfermagem de reabilitação passou de um grau de dependência modificada (menos de 25% de assistência) no momento da avaliação inicial a uma independência completa/modificada nas duas últimas avaliações.

De um modo mais específico, verificando a MIF Motora, ao longo dos dias de contato com a Doente 1 observou-se uma evolução em termos de redução do nível de dependência em todos os autocuidados.

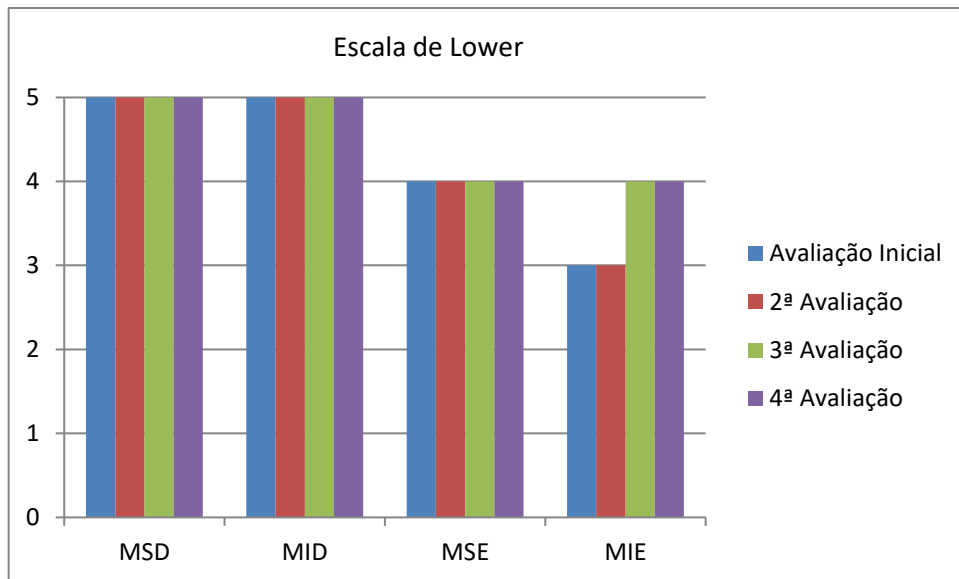
Doente 2

Doente do sexo masculino, com 38 anos de idade, com diagnóstico de AVC Isquémico da ACM direita. Apresentava como antecedentes pessoais de insuficiência renal crónica, DM tipo 1; HTA; amaurose do olho direito e tabagismo. O doente era independente no domicílio e a sua mão dominante era a direita. Apresentava como diagnósticos de enfermagem parésia facial central esquerda; movimento muscular diminuído por hemiparesia esquerda (com força muscular de grau 4/5 nos segmentos articulares do MSE e de grau 3/5 no MIE); equilíbrio comprometido e défice sensorial por hemipostesia à esquerda. Apresentava défice no autocuidado comer e beber, higiene, arranjar-se, vestuário, ir ao sanitário, assim como no transferir e no andar. Além do plano de intervenção definido neste projeto, neste doente foram executadas intervenções que visaram a melhoria da força muscular facial e técnicas de estimulação sensorial para compensar o défice sensorial.

O contato com este doente foi de 4 dias, sendo que no primeiro dia o Doente 2 não tinha indicação para levantar.

Tendo em conta o grau de força muscular apresentada, foram realizadas numa fase inicial mobilizações ativas resistidas nos MSE e ativas no MIE. Face à melhoria em termos de força no MIE, foram iniciadas mobilizações ativas resistidas no mesmo no 3º contato. No hemicorpo não afetado foram realizadas mobilizações ativas resistidas. A evolução da força muscular no Doente 2, encontra-se traduzida no seguinte gráfico:

Gráfico nº 6 – Avaliação da força muscular do Doente 2 pela Escala de Lower



Podemos verificar então que, apesar de não se ter conseguido obter resultados favoráveis em termos de recuperação da força do MSE, se verificou uma melhoria relativamente na força a nível do MIE.

Relativamente ao compromisso no equilíbrio, previamente ao primeiro levante foram realizadas atividades terapêuticas no leito e posteriormente foi realizado treino de equilíbrio sentado e na posição ortostática. O equilíbrio e o risco de queda, a ele associado foram monitorizados através do Índice de Tinetti e da Escala de Morse respetivamente, cujos resultados se encontram apresentados nos gráficos seguintes:

Gráfico nº 7 – Avaliação do equilíbrio do Doente 2 pelo Índice de Tinetti

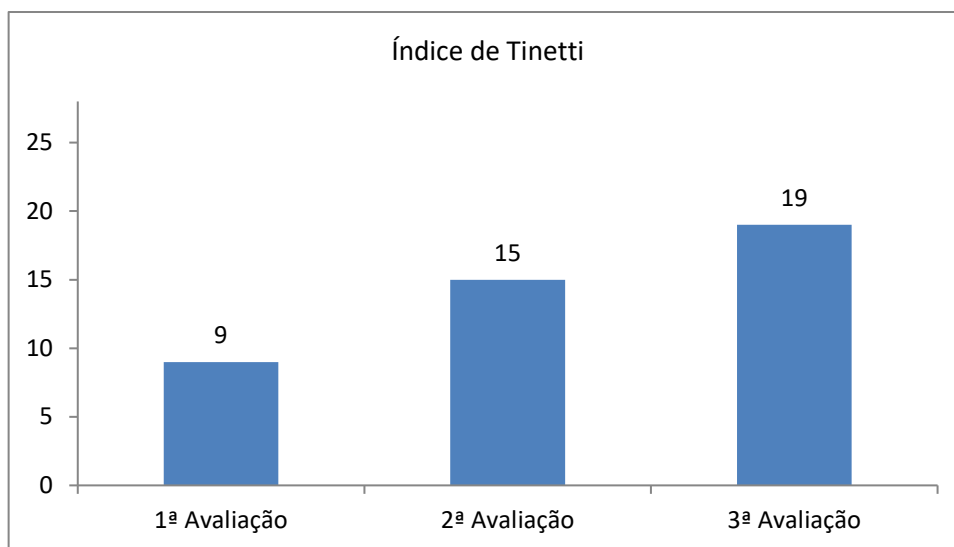
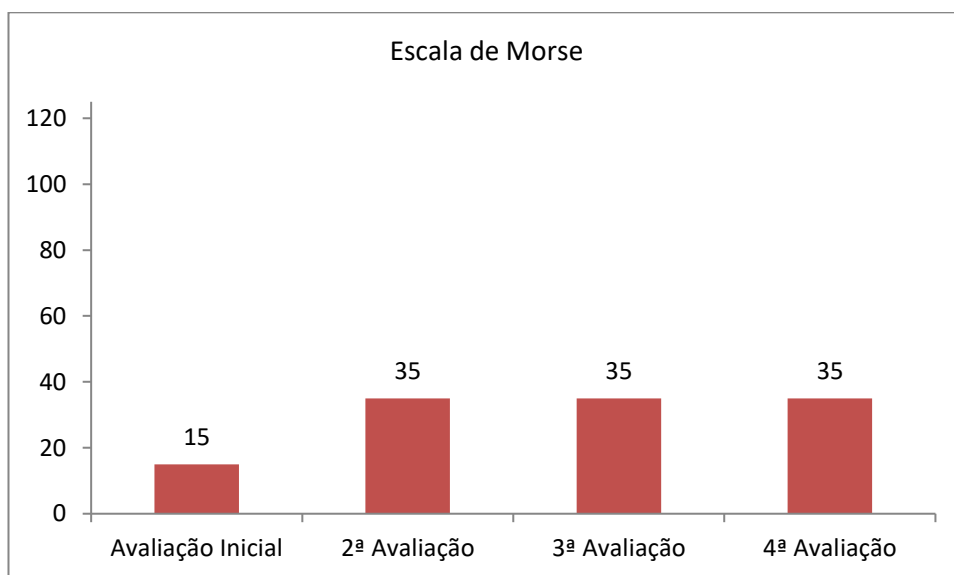


Gráfico nº 8 – Avaliação do risco de queda do Doente 2 pela Escala de Morse



Em termos de pontuação no Índice de Tinetti constatamos uma evolução do Doente 2. No que respeita aos dados apresentados em termos de avaliação do equilíbrio encontramos apenas 3 registos, uma vez que só foi aplicado após o levante. Podemos afirmar que o doente 2 evoluiu de um risco de queda elevado, para um risco de queda em grau moderado no último contacto.

Quanto ao risco de queda, o facto de na primeira avaliação o Doente 2 se encontrar no leito, os itens “Ajuda para caminhar” e “Postura no andar e na transferência” influenciaram o score. A partir da 2ª avaliação (dia do 1º levante), o Doente 2 apresentou sempre uma pontuação na Escala de Morse significativa de baixo risco de queda.

Relativamente ao défice de autocuidado e à capacidade do Doente 2 para realizar as suas AVD's, os quatro momentos da avaliação encontram-se expostos no gráfico nº 9 e os autocuidados, do controlo de esfíncteres, do transferir e do deambular, correspondentes à MIF motora no gráfico nº 10.

Gráfico nº 9 – Avaliação da dependência do Doente 2 pela MIF

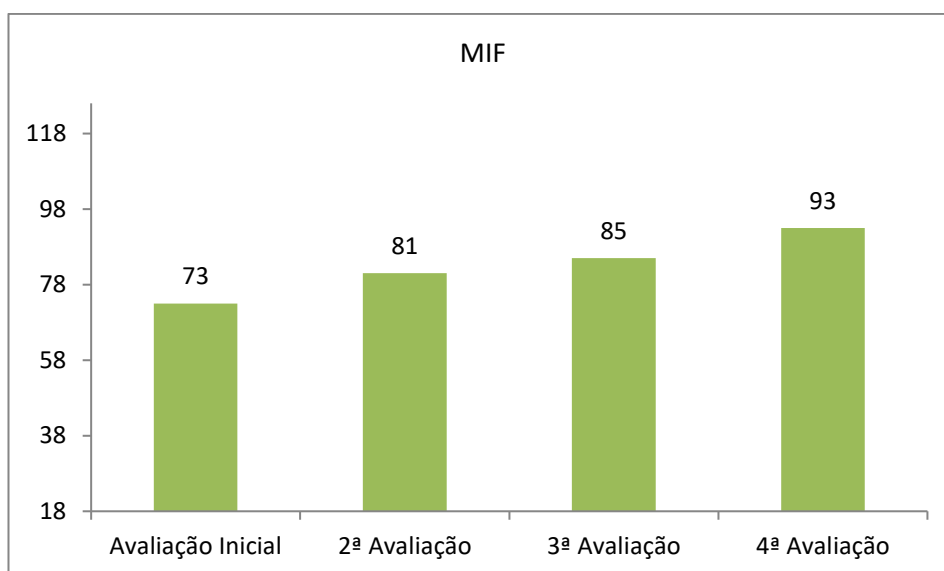
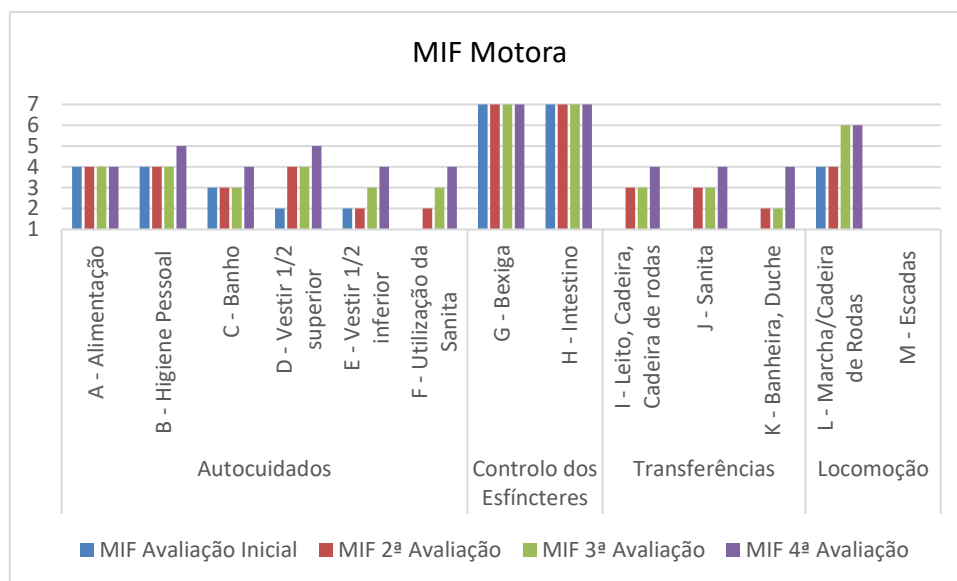


Gráfico nº 10 – Avaliação da dependência do Doente 2 pela MIF motora

O resultado em termos de pontuação geral da MIF demonstra que o Doente 2 evoluiu em termos de independência dos autocuidados. A implementação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação produziu resultados no doente. Embora de acordo com as categorias qualitativas da MIF o doente apresentasse nas 4 avaliações valores que correspondem a uma dependência modificada, necessitando de ajuda de outra pessoa em menos de 25% no seu autocuidado. Em termos de pontuação, verificando a MIF motora, constatou-se uma evolução significativa, à exceção da alimentação, em que o doente manteve o mesmo grau de dependência.

Doente 3

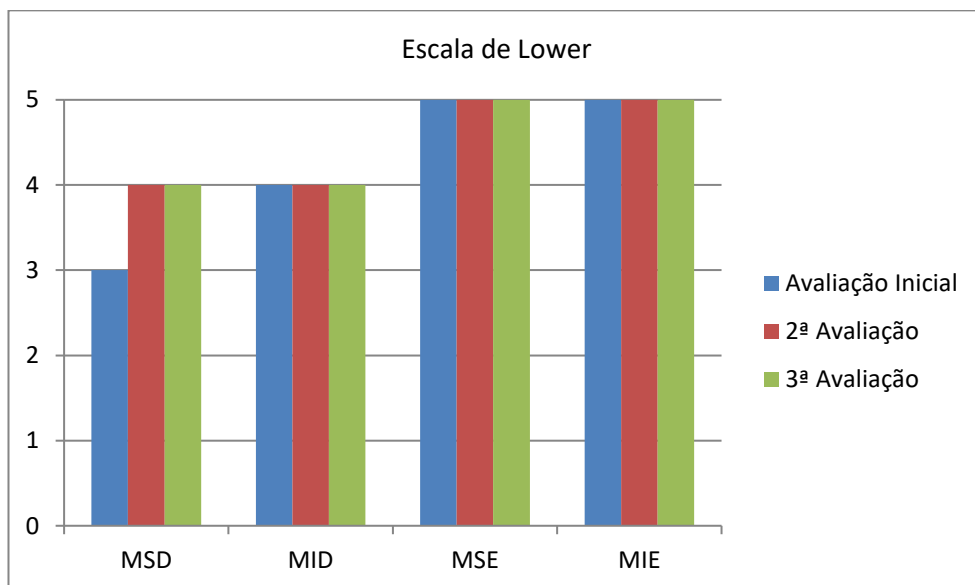
Doente do sexo feminino, com 65 anos de idade, com diagnóstico de AVC Isquémico da ACM esquerda. Apresentava como antecedentes pessoais hipertireoidismo e ansiedade. A doente era independente no domicílio e a sua mão dominante era a mão direita. Apresentava como diagnósticos de enfermagem parésia facial central direita, movimento muscular diminuído por hemiparesia direita (com força muscular de grau 3/5 nos segmentos articulares do membro superior direito (MSD) e de grau 4/5 no membro inferior direito (MID); equilíbrio comprometido; défice sensorial por hemipostesia à direita. Apresentava défice no autocuidado comer e beber, higiene, arranjar-se, vestuário, ir ao sanitário, assim como no transferir e no andar. Além do plano de intervenção definido neste projeto, nesta doente foram executadas intervenções que

visaram a melhoria da força muscular dos músculos faciais e técnicas de estimulação sensorial para melhoria do défice sensorial.

O contato com esta doente foi de 3 dias, sendo que no primeiro dia a Doente 3 já havia realizado o 1º levante.

Tendo em conta o grau de força muscular no momento da avaliação inicial, foram incentivadas mobilizações ativas nos segmentos articulares no MSD e realizadas mobilizações ativas resistidas no MSD, assim como realizadas mobilizações ativas resistidas no MSE e MIE. A partir da 2ª avaliação com melhoria da força muscular nos segmentos articulares do MSD foram realizadas mobilizações ativas resistidas. A tradução da evolução da força muscular encontra-se traduzido no gráfico nº 11.

Gráfico nº 11 – Avaliação da força muscular da Doente 3 pela Escala de Lower



Como podemos verificar no gráfico nº 11, ocorreu uma melhoria na força muscular nos segmentos articulares do MSD.

Por apresentar compromisso no equilíbrio, foram realizadas atividades terapêuticas no leito e treino de equilíbrio sentado e na posição ortostática. O equilíbrio e o risco de queda, a ele associado foram monitorizados através do Índice de Tinetti e da Escala de Morse respetivamente, cujos resultados se encontram apresentados no gráfico seguinte:

Gráfico nº 12 – Avaliação do equilíbrio da Doente 3 pelo Índice de Tinetti

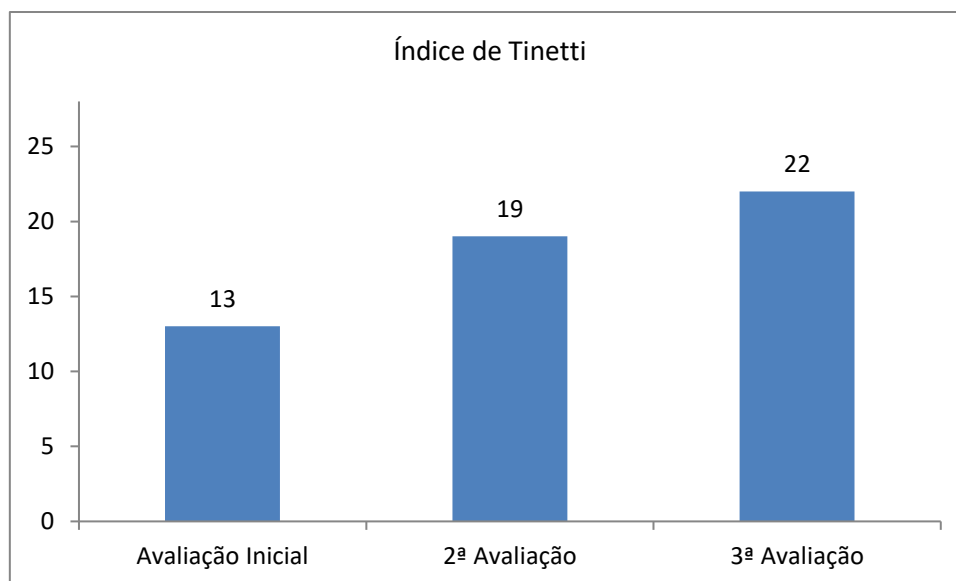
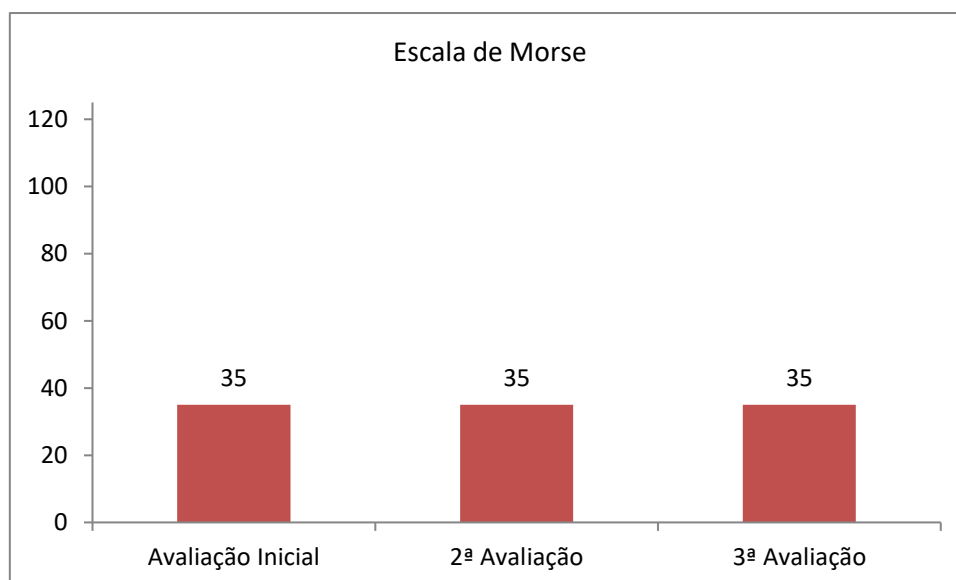


Gráfico nº 13 – Avaliação do risco de queda da Doente 3 pela Escala de Morse



Tendo em conta os resultados obtidos, podemos afirmar que o treino de equilíbrio incluído no plano de intervenção foi benéfico uma vez que em termos de pontuação do Índice de Tinetti, a Doente 3 apresentava na avaliação inicial um alto risco de queda e na 2ª e 3ª avaliação apresentou pontuações correspondentes a um risco de queda moderado.

Quanto à avaliação do risco de queda pela escala de Morse os valores apresentados apontam para um baixo risco de queda, em todas as avaliações.

Relativamente ao défice de autocuidado e à capacidade da Doente 3 realizar as suas AVD's, a avaliação realizada em 3 momentos sugere evolução em termos de pontuação total da MIF (gráfico nº 14) e em termos dos autocuidados, o controlo de esfíncteres, do transferir e marcha, correspondentes à MIF motora (gráfico nº 15).

Gráfico nº 14 – Avaliação da dependência da Doente 3 pela MIF

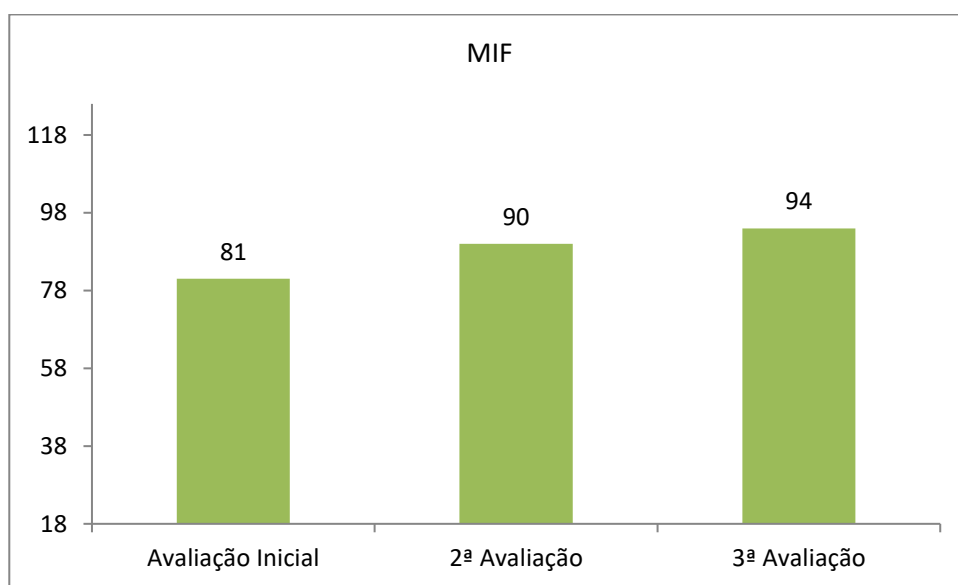
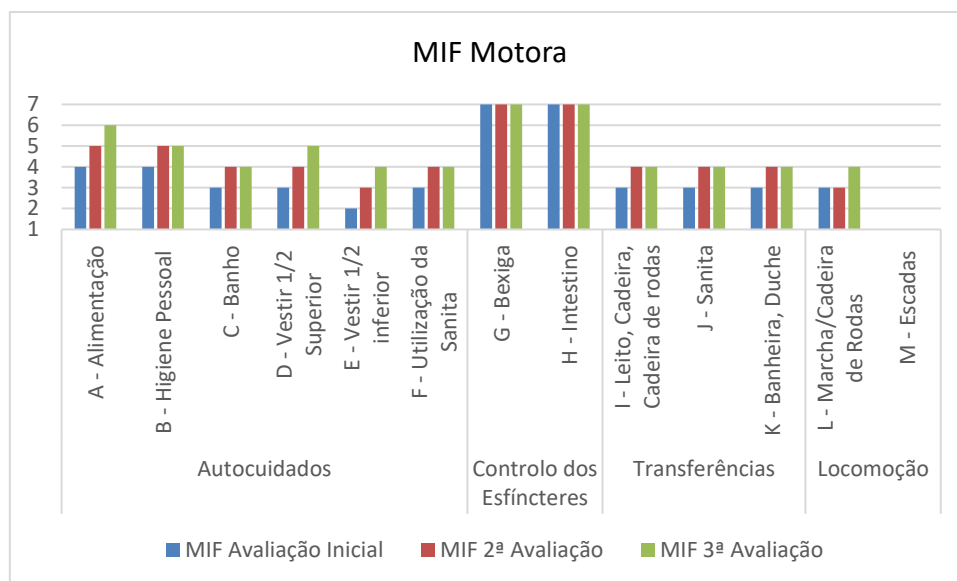


Gráfico nº 15 – Avaliação da dependência da Doente 3 pela MIF motora

Apesar da evolução na pontuação geral da MIF esta doente apresenta uma dependência modificada, o que significa que necessita de uma ajuda de outra pessoa de menos de 25% na execução das AVD'S, correspondentes ao seu autocuidado.

Mais especificamente, de acordo com o gráfico nº 15, a Doente 3 apresentou, com as intervenções de enfermagem de reabilitação uma evolução positiva em todos os autocuidados, transferências e locomoção (com exceção do item “escadas”, uma vez que não foi possível realizar este treino).

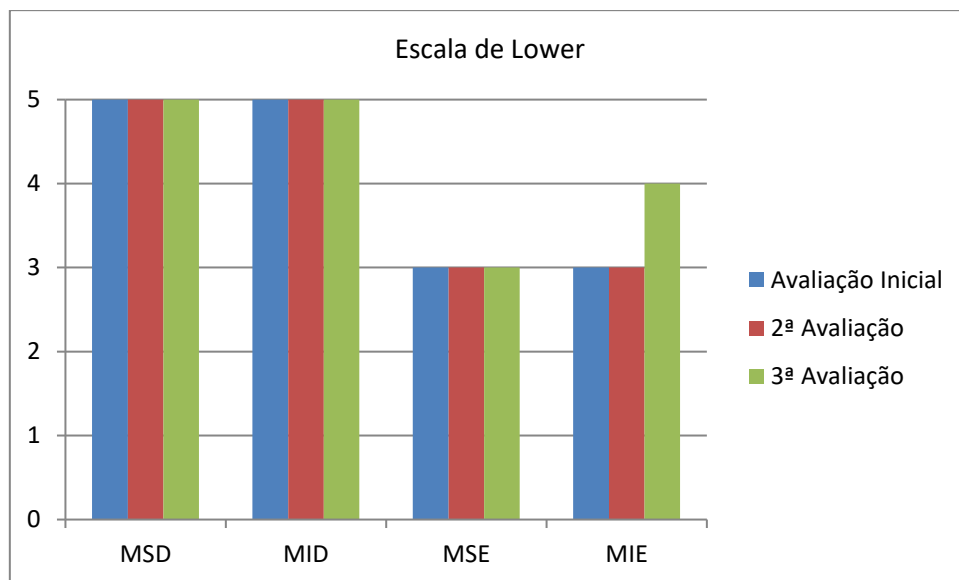
Doente 4

Doente do sexo feminino, com 66 anos de idade e diagnóstico de AVC Isquémico da ACP direita. Apresentava como antecedentes pessoais de HTA, síndrome depressivo e obesidade. A doente era independente no domicílio e a sua mão dominante era a direita. Apresentava como diagnósticos de enfermagem parésia facial central esquerda, movimento muscular diminuído por hemiparesia esquerda (com força muscular de grau 3/5 nos segmentos articulares do MSE e do MIE) e equilíbrio comprometido. Apresentava défice no autocuidado comer e beber, higiene, arranjar-se, vestuário, ir ao sanitário, assim como no transferir e no andar. Além do plano de intervenção definido neste projeto, foram executadas intervenções que visaram a melhoria da força muscular dos músculos da face.

O contato com esta doente foi de 3 dias, sendo que no primeiro dia a Doente 4 já havia realizado o 1º levante.

Tendo em conta o grau de força muscular apresentada foram realizadas numa fase inicial mobilizações ativas nos segmentos articulares do MSE e MIE. Sendo que devido à melhoria em termos de força no MIE foram iniciadas mobilizações ativas resistidas no mesmo no 3º dia. No hemisfério não afetado também se realizaram mobilizações ativas resistidas. A evolução da força muscular na Doente 4, encontra-se traduzida no seguinte gráfico:

Gráfico nº 16 – Avaliação da força muscular da Doente 4 pela Escala de Lower



Consoante o verificado no gráfico anterior, podemos constatar que o Doente 4 apresentou melhoria na força muscular nos segmentos articulares do MIE.

No que diz respeito ao compromisso no equilíbrio e ao consequente risco de queda, foram aplicados o Índice de Tinetti e a Escala de Morse respetivamente. Os resultados obtidos com a intervenção de enfermagem de reabilitação estão representados no gráfico nº 17 e no gráfico nº 18.

Gráfico nº 17 – Avaliação do equilíbrio da Doente 4 pelo Índice de Tinetti

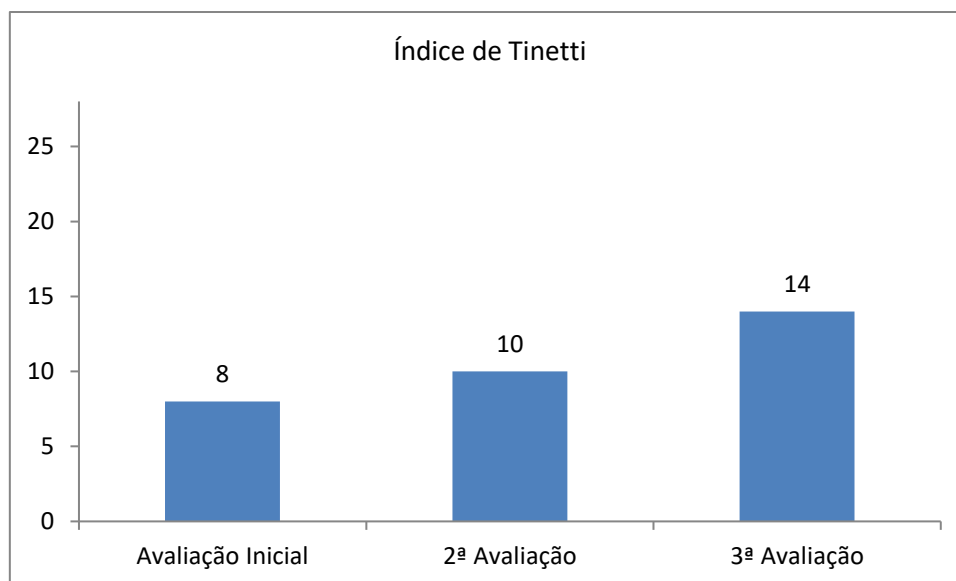
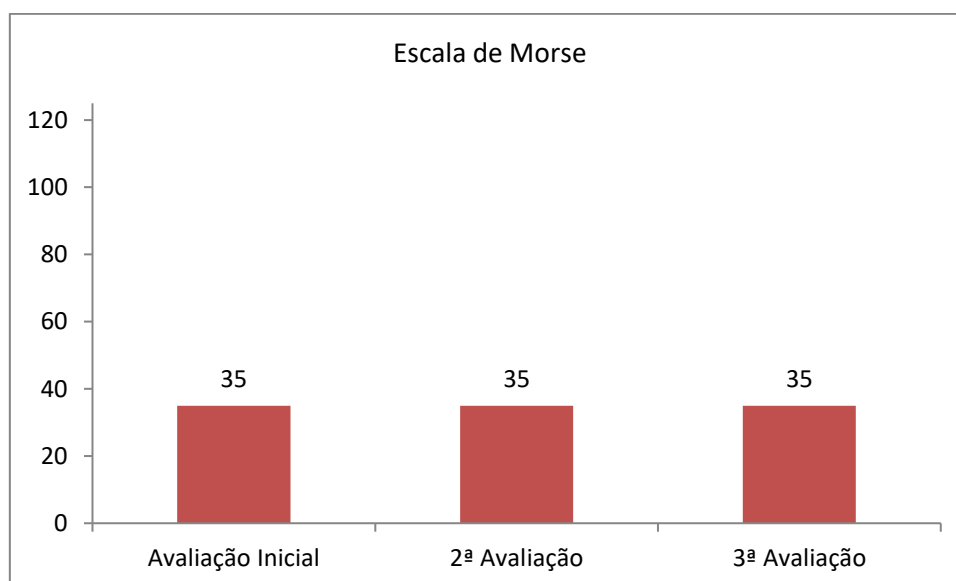


Gráfico nº 18 – Avaliação do risco de queda da Doente 4 pela Escala de Morse



Os resultados permitem afirmar os benefícios da intervenção de enfermagem de reabilitação, em termos do equilíbrio. Na avaliação inicial a Doente 4 apresentava um alto risco de queda, e embora tenha apresentado uma evolução em termos de pontuação, manteve um valor indicativo de alto risco de queda. Avaliado a partir da escala de Morse, os valores apresentados apontam para um baixo risco de queda.

Relativamente ao défice de autocuidado e à capacidade de o Doente 4 realizar as suas AVD's os momentos de avaliação, expostos nos seguintes gráficos mostram a evolução em termos de pontuação total da MIF (gráfico nº 19) e em termos dos autocuidados, do controlo de esfíncteres, do transferir e do deambular, correspondentes à MIF motora (gráfico nº 20).

Gráfico nº 19 – Avaliação da dependência da Doente 4 pela MIF

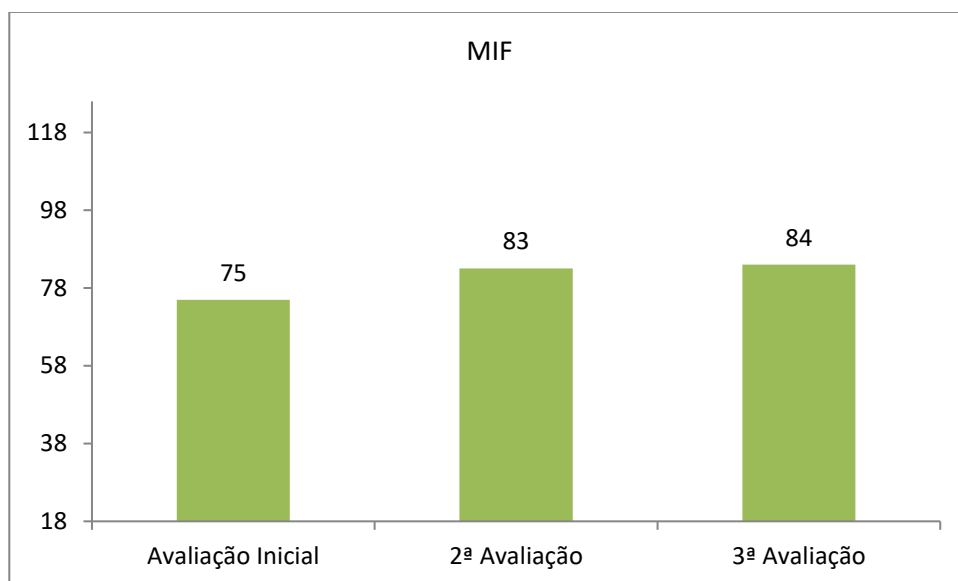
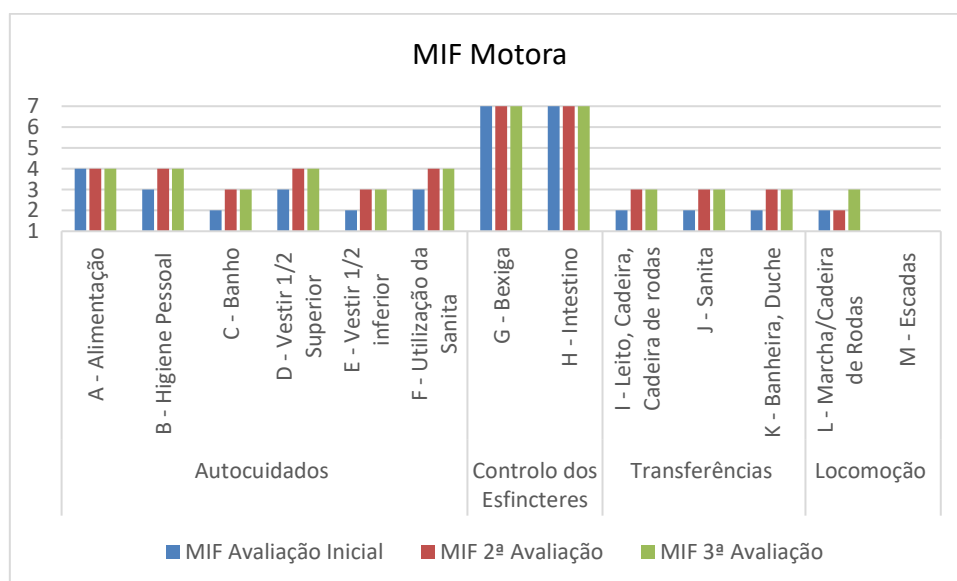


Gráfico nº 20 – Avaliação da dependência da Doente 4 pela MIF motora



Tendo em conta as pontuações verificou-se uma evolução em termos de redução do grau de dependência desta doente, apresentando uma dependência modificada e necessidade de assistência para as AVD's, correspondentes ao seu autocuidado, em menos de 25%, em todas as avaliações.

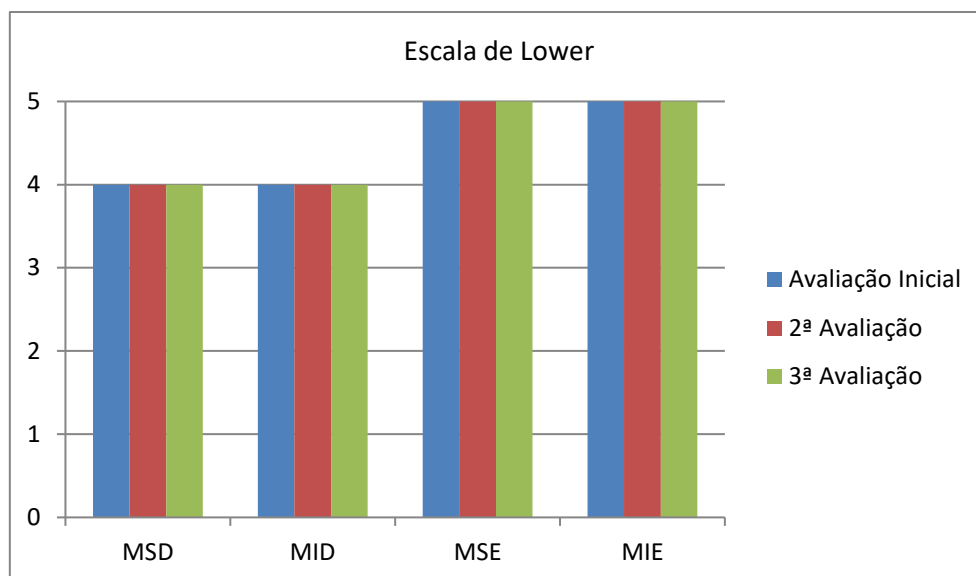
Analisando o gráfico nº 20, em termos específicos a Doente 4, apresentou uma evolução favorável nos autocuidados, transferências e locomoção, com exceção no autocuidado alimentar-se, no qual a doente manteve o nível de dependência. O treino subir e descer escadas, tendo em conta a limitação na marcha que a doente manteve até ao último dia de contato, não foi realizado.

Doente 5

Doente do sexo feminino, com 43 anos de idade, com diagnóstico de AVC Hemorrágico à esquerda (Hemorragia mesencefálica esquerda). Apresentava como antecedentes pessoais de tabagismo. A doente era independente no domicílio e a sua mão dominante era a mão direita. Apresentava como diagnósticos de enfermagem parésia facial central direita, movimento muscular diminuído por hemiparesia direita (com força muscular de grau 4/5 nos segmentos articulares do MSD e do MID); equilíbrio comprometido; défice sensorial por hemipostesia à direita e autocontrolo continência vesical ineficaz. Apresentava défice no autocuidado comer e beber, higiene, arranjar-se, vestuário, ir ao sanitário, assim como no transferir e no andar. Além do plano de intervenção definido neste projeto, a esta doente foram executadas intervenções que visaram a melhoria da força muscular dos músculos e técnicas de estimulação sensorial para melhoria do défice sensorial.

Tendo em conta o grau de força muscular, foram realizadas mobilizações ativas resistidas nos segmentos articulares do MSD e MID, assim como realizado treino de força com dispositivos no hemicorpo não afetado. A avaliação da força desta doente está representada no gráfico nº 21.

Gráfico nº 21 – Avaliação da força muscular da Doente 5 pela Escala de Lower



Apesar das intervenções de enfermagem de reabilitação a Doente 5 manteve o mesmo grau de força muscular no MSD e MID.

Relativamente ao compromisso no equilíbrio e ao consequente risco de queda, foram aplicados o Índice de Tinetti e a Escala de Morse cujos resultados iniciais e os obtidos com as intervenções de enfermagem de reabilitação estão representados no gráfico nº 22 e gráfico nº 23 respetivamente.

Gráfico nº 22 – Avaliação do equilíbrio da Doente 5 pelo Índice de Tinetti

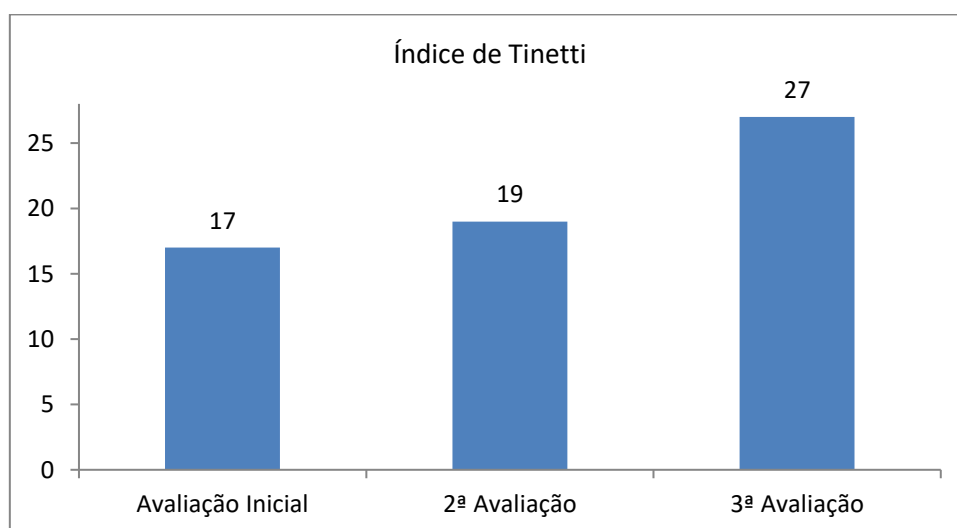
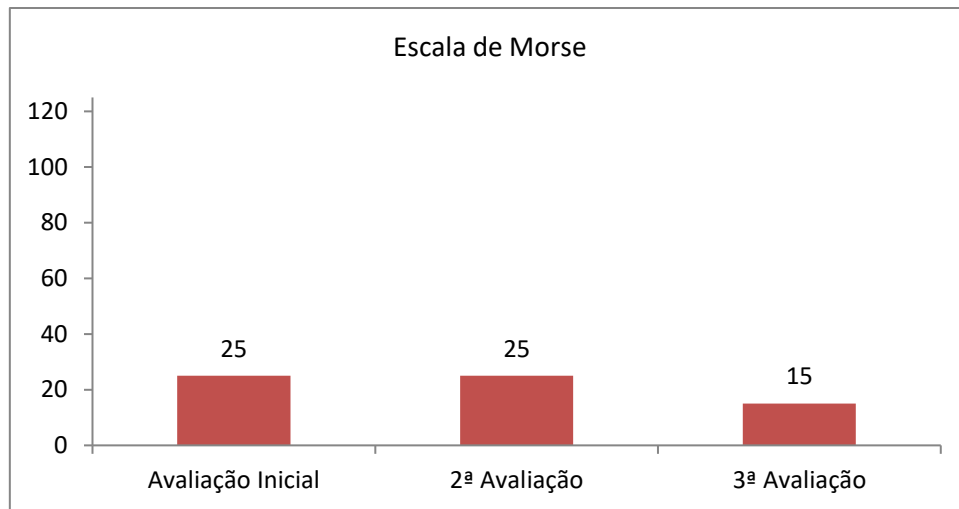


Gráfico nº 23 – Avaliação do risco de queda da Doente 5 pela Escala de Morse



Face ao apresentado em termos de avaliação de equilíbrio pelo Índice de Tinetti, constatamos que a Doente 5 apresentava no momento da avaliação inicial um alto risco de queda, mas que evoluiu para uma pontuação que corresponde a sem risco de queda.

Quanto à monitorização do risco de queda através da Escala de Morse as pontuações apontam para resultados idênticos, sendo que da 2ª avaliação para a 3ª se verificou uma evolução de um baixo risco de queda para sem risco de queda.

Relativamente ao défice de autocuidado e à capacidade da Doente 5 executar as suas AVD's, as avaliações da MIF em três momentos (gráfico nº 24) permitem observar a evolução em termos de pontuação total e da pontuação nos autocuidados, controlo de esfíncteres, transferir e deambular, correspondentes à MIF motora (gráfico nº 25).

Gráfico nº 24 – Avaliação da dependência da Doente 5 pela MIF

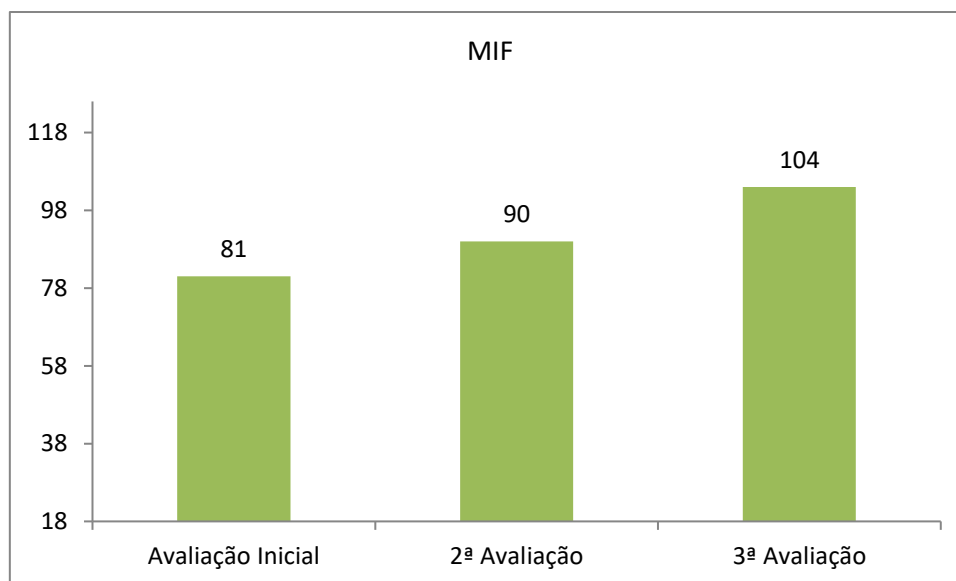
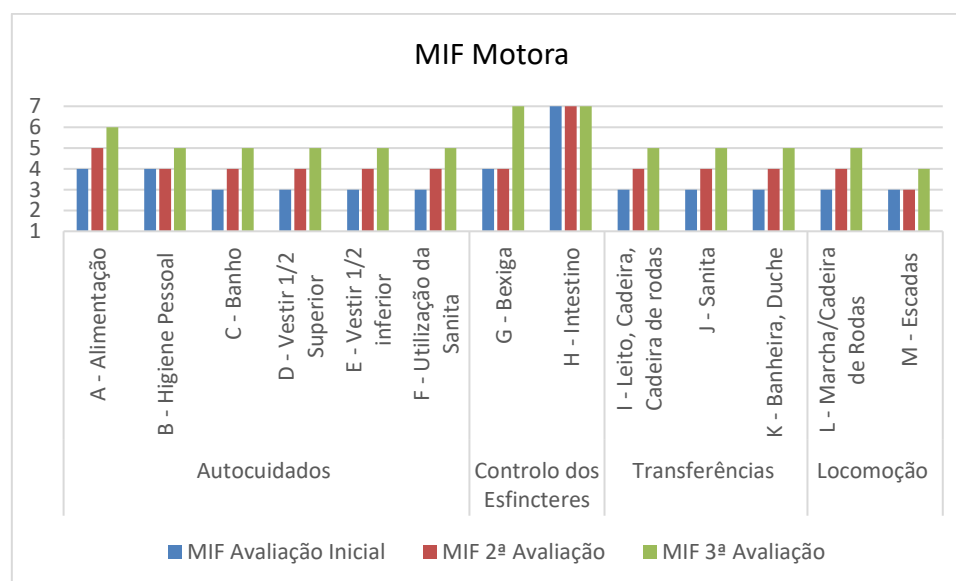


Gráfico nº 25 – Avaliação da dependência da Doente 5 pela MIF motora



Os resultados apresentados, sugerem uma evolução relativamente à pontuação da MIF geral, com a implementação do plano de enfermagem de reabilitação. Esta doente evoluiu de uma dependência moderada, com necessidade de assistência de outra pessoa de menos 25% numa avaliação inicial, para uma independência completa/modificada para satisfazer as AVD'S na 3ª avaliação.

O gráfico nº 25, permite concluir que a Doente 5 apresentou uma evolução positiva em todos os itens da MIF Motora (autocuidados, controlo de esfíncteres, transferências e locomoção).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os doentes com AVC que integraram o projeto apresentaram uma média de idades relativamente baixa e que não converge para o descrito na literatura, nomeadamente por Sousa-Uva & Dias (2014), que referem uma prevalência de AVC em Portugal em pessoas de idade mais elevada, compreendida entre os 65 e 75 anos e na população masculina. Esta falta de concordância com o descrito na literatura pode ser atribuída ao reduzido número de doentes que não permite qualquer tipo de generalizações. Contudo e como refere Yin (2001, p.29) em estudos de caso a riqueza está nos casos que “são generalizáveis a proposições teóricas”, é com base nestes pressupostos que os resultados do projeto de intervenção são discutidos.

A probabilidade de ocorrência de um AVC aumenta com a idade, mas a ocorrência desta patologia em adultos jovens, tanto em mulheres, como em homens é cada vez mais frequente, o que pode ser devido a diversos fatores, mas principalmente ao tabagismo (Béjot et al., 2016). Esta mudança na incidência de AVC em populações cada vez mais jovens é de grande impacto para a saúde pública, pois a sua ocorrência acarreta um potencial de incapacidade para o resto da vida, ainda que se reconheça que um conjunto de fatores predisponentes identificados podem ser modificáveis (Kissela et al., 2012).

Segundo as guidelines da ASA/AHA é recomendada a reabilitação precoce, assim que a situação clínica dos doentes o permita (Winstein et al., 2016) e os resultados nos doentes que integraram o projeto permitem afirmar que houve ganhos funcionais, o que vai de encontro ao defendido por Bai et al. (2012), segundo os quais a reabilitação precoce pode melhorar significativamente a recuperação motora e o desempenho das AVD's após a ocorrência de um AVC hemorrágico.

Dos 5 doentes incluídos no projeto de intervenção profissional, 4 destes doentes (Doente 1, Doente 2, Doente 3 e Doente 4) apresentaram ganhos funcionais, traduzidos num aumento da força muscular, em pelo menos um dos membros (maior incidência do ganho de força nos membros inferior afetado) e estes ganhos também se manifestaram na melhoria do desempenho das suas AVD's.

Os doentes com AVC foram sujeitos a um programa de mobilizações consoante o grau de força apresentado no hemicorpo afetado desde uma fase inicial. Este programa, para além de melhorar a função muscular, também se tornou-se benéfico em termos de prevenção de contraturas ou atrofia e na manutenção do tónus muscular, como referido por Borgman-Gainer (2000). Tal como esta autora refere, foi de extrema importância o ensino de automobilização e exercícios isométricos dos grandes grupos musculares. Assim sendo, um programa de mobilizações efetuadas precoce e intensivamente permite melhorar a recuperação das habilidades funcionais e acelerar a recuperação da marcha de forma autónoma (Cumming et al., 2011). Estes programas de mobilizações, ajustados à resistência dos doentes devem estar associados aos exercícios terapêuticos, contribuindo assim para a diminuição de défices, e ganhos na qualidade de vida, no tempo de internamento e na prevenção de outras complicações (Barbosa, 2012).

Também em termos do equilíbrio, todos os doentes apresentaram uma evolução favorável. A alteração do equilíbrio, incluindo a alteração do controlo postural, é uma consequência muito comum nos doentes com AVC. Esta melhoria é fundamental tendo em conta que nos doentes com AVC as alterações no equilíbrio, para além de aumentarem o risco de queda, provocam nos doentes um nível baixo de confiança, podendo levar a uma maior inatividade (Winstein et al., 2016) e por falta de confiança, maior dificuldade em desempenhar de forma segura as suas AVD's (Menoita 2012; Winstein et al., 2016).

Inicialmente todos os doentes apresentavam alto risco de queda e apenas a Doente 4 manteve o risco elevado, apesar da melhoria na pontuação. A Doente 2 e o Doente 3 evoluíram para uma pontuação correspondente a um risco moderado de queda e a Doente 1 e a Doente 5 evoluíram para ausência de risco de acordo com a pontuação obtida.

A forma de andar dos doentes com AVC modifica-se em resposta a compromissos da sensibilidade, perceção, mobilidade e controlo motor (Borgman-Gainer, 2000). Contudo as intervenções realizadas com os doentes, nomeadamente os exercícios terapêuticos no leito, o treino de transferências e o treino de equilíbrio, contribuíram para a diminuição do risco de queda, ajudando igualmente na recuperação do andar.

Quanto à evolução da independência dos autocuidados, medida pela MIF, todos os doentes que integraram o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação apresentaram

ganhos. A recuperação funcional nos doentes com AVC é fundamental e por isso o estímulo para que os doentes se tornem o mais independentes possível, auxiliando-os apenas nas atividades ou partes de atividades que não conseguem realizar sozinhos (Menoita, 2012), ou treinando-os a compensar a função perdida com produtos de apoio, permite aumentar a auto estima, contribuindo para a sua independência funcional.

O treino de AVD's é de grande importância na promoção do autocuidado e 2 doentes conseguiram alcançar uma independência completa/modificada.

A Doente 1 apresentou uma evolução, que se traduziu segundo a MIF de uma dependência modificada (assistência de menos de 25%) para uma independência completa/modificada. Após o treino de AVD's esta doente apresentou melhoria em todos os itens de autocuidado, transferências e marcha. Nos itens banho, utilização da sanita e transferências, beneficiou do ensino para a utilização de produtos de apoio, nomeadamente as barras de apoio.

O Doente 2 apresentou ao longo das intervenções uma dependência modificada (assistência de menos de 25%), mas evoluiu em termos de pontuação geral. Em termos específicos, com o treino de AVD's melhorou em termos da higiene pessoal, banho, utilização da sanita, transferência e na marcha. Foram utilizados como produtos de apoio, para este doente, talheres de cabo grosso, uso das barras de apoio nos sanitários, calçadeira de cabo alto e tripé para a marcha.

A Doente 3 manteve uma dependência modificada (assistência de menos de 25%), apesar de instruída para o uso de produtos de apoio como talheres de cabo grosso, calçadeira de cabo alto e uso de barras de apoio nos sanitários.

A Doente 4 apresentou evolução em termos de pontuações da MIF geral, no entanto foi a doente em que se verificou uma menor evolução, uma vez que em termos de défices motores relacionados com a força e o equilíbrio era a que apresentava um compromisso maior. Na MIF apresentou valores correspondentes a uma dependência modificada (assistência de menos de 25%) em todas as avaliações apesar da melhoria nos itens avaliados pela MIF motora, à exceção da alimentação. Foi instruída a utilizar produtos de apoio como talheres de cabo grosso,

calçadeira de cabo longo e uso das barras de apoio nos sanitários. Não fez treino de escadas devido a apresentar um compromisso elevado na marcha.

A Doente 5 evolui de uma dependência modificada (assistência de menos de 25%) para uma independência completa/modificada. Em termos específicos, relativos à MIF motora apresentou uma evolução que lhe permitiu executar os seus autocuidados com supervisão, à exceção do treino em escadas que necessitava de uma ajuda de menos de 25% e do controlo de esfínteres, em que, com o treino vesical se tornou independente.

Com base na evolução destes doentes podemos afirmar que os doentes com AVC apresentam frequentemente dependência no seu autocuidado e esta dependência deverá ser um foco central no processo de cuidados de enfermagem (Petronilho & Machado, 2016 in Marques-Vieira & Sousa, 2016) e de um modo particular dos cuidados de enfermagem de reabilitação, através da orientação e treino para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem os domínios do autocuidado.

O treino de AVD's, como verificado consistiu um elemento importante para a maximização da autonomia funcional nos doentes com AVC. As avaliações realizadas aos doentes precederam as intervenções e corresponderam ao número de sessões. Os resultados das intervenções também atestam o benéfico da intervenção precoce referido pela literatura (Bai et al. 2012; Winstein et al., 2016), apesar do tempo de contacto com os doentes reduzido.

A reabilitação dos doentes com AVC inicia-se precocemente, no entanto cada doente é único e o processo de reabilitação para além de ser individualizado deve ser contínuo. As condições que afetam o autocuidado e a capacidade para desempenhar as AVD's, que podem estar relacionadas com paralisia ou parésia de uma mão ou braço, sensibilidade diminuída, défice perceptual como perturbações da imagem corporal, desorientação espacial e apraxia e/ou limitação da amplitude do movimento (Theuerkauf, 2000), fazem com os doentes não evoluam da mesma maneira. Este facto justifica um maior investimento dos decisores na continuidade dos cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação, porque a evolução em termos funcionais e em termos de desempenho das AVD's, como referido por Menoita (2012) requer treino de AVD's e disponibilidade por parte dos enfermeiros.

Relativamente ao risco de queda, constatamos que a avaliação deste risco com o Índice de Tinetti ou com a Escala de Morse, em doentes com AVC não apresenta congruência. Esta constatação pode ter explicação no facto de em 3 dos doentes a marcha ter sido assistida, condicionando o resultado nas avaliações. Podemos também concluir que a escolha dos instrumentos de avaliação deve ter sempre em conta aquilo que se pretende avaliar, o objetivo da avaliação e ainda as particularidades do grupo em avaliação.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem é uma profissão cujo foco da sua intervenção é a pessoa numa perspetiva holística, sendo assim surgem diariamente, uma variedade de situações que tornam imperativo uma aprendizagem continua visando a excelência dos cuidados. A formação inicial de enfermagem não é considerada suficiente, sendo fundamental a aquisição constante de conhecimentos, considerando a constante evolução científica e tecnológica da área da saúde (Rodrigues, 2011) e o desenvolvimento de competências, como as que adquirimos e desenvolvemos neste mestrado, para que estas sejam futuramente mobilizadas para prática diária.

Barata (2016) considera igualmente, que dada a importância da contínua otimização de resultados e das evolutivas necessidades da população alvo, é fulcral a continuidade da formação no processo de desenvolvimento profissional, na área da enfermagem.

O mesmo autor refere que o objetivo do desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação é aperfeiçoar a qualidade na prestação dos cuidados e tem como meta final a sua tradução em resultados que quantifiquem a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Barata,2016).

Barata (2016) considera que a competência, em enfermagem significa que os enfermeiros conseguem, de uma forma consistente, integrar conhecimentos, capacidades e atributos pessoais na sua prática clínica, no sentido de alcançar os padrões de desempenho estabelecidos. Esta competência adquire-se através da formação em prática clínica, em que, segundo Hesbeen (2001) o foco central é fundamentalmente a mobilização e análise dos conhecimentos.

Tendo em conta o percurso realizado, é fundamental refletir sobre as competências adquiridas durante este processo de aprendizagem.

Os EEER integram na sua prática clínica, para além do perfil de competências específicas respetivas à sua área, um conjunto de competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Assim sendo, será realizada uma

abordagem reflexiva sobre as competências adquiridas, patentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro OE), como as competências específicas do EEER, dispostas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

A prática clínica, nomeadamente os cuidados prestados aos doentes, famílias e cuidadores foi desenvolvida de forma a manter uma prática profissional, segura e ética, tal como previsto pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Foram cumpridos os princípios éticos, previstos no Código Deontológico do Enfermeiro. Estes princípios são citados por Nunes (2013) e são referentes à defesa da liberdade e dignidade, ao respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício, ao direito à informação, ao sigilo e ao respeito pela intimidade.

Sendo assim, na prestação dos cuidados aos doentes, incluindo a família e cuidadores, estes foram envolvidos de forma ativa em todo o processo do cuidar, tendo em conta o respeito pelos direitos humanos, atendendo à sua vontade, obtendo como tal o seu consentimento, assim como respeitada a sua privacidade. Relativamente ao projeto de intervenção profissional desenvolvido “Treino de Atividades de Vida Diária e Ganhos Funcionais nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral”, foi garantido o anonimato de todos os participantes (doentes, familiares ou cuidadores) e obtido o seu consentimento livre e informado para a participação no mesmo.

Relativamente ao domínio da melhoria da qualidade, no que concerne ao referido pelo regulamento, quanto à conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, efetuando a disseminação necessária à sua adequação a nível operacional (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro OE), colaborou-se durante o estágio final, com os EEER, tanto na UAVC, no foro neurológico, como na ECCI da UCC, no foro da reabilitação respiratória, em projetos na área da qualidade, cujo objetivo, tal como o preconizado pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista é conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro OE).

Na UAVC, como objetivo geral do projeto a desenvolver com os EEER deste serviço pretendia-se melhorar conhecimentos à pessoa, família e cuidadores sobre a temática AVC e esclarecer dúvidas que possam servir de barreira à continuidade dos cuidados. Na ECCI da UCC da respetiva unidade local de saúde, pretendeu-se elaborar um projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação na comunidade, junto dos doentes com DPOC e Asma, com objetivo principal de diminuir a recorrência destes aos serviços de saúde, por agudização destas doenças, tendo em conta as metas definidas pela DGS (2017c) para o triénio 2018 – 2020, na redução de 10% dos números de internamentos por causas respiratórias. A colaboração nestes projetos desenrolou-se numa fase precoce, sendo que a sua operacionalização não foi visível durante o período de estágio final.

Ainda relativamente ao domínio da melhoria da qualidade, com objetivo de criar um ambiente terapêutico e seguro, a gestão do ambiente centrado na pessoa é fundamental para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes que os enfermeiros atuem de forma proativa promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro OE). Neste sentido, indo de encontro ao previsto neste documento, foi promovido junto dos doentes e suas famílias um ambiente que englobou todos os aspetos do seu ser, nomeadamente no que diz respeito a aspetos físicos, psicossociais, culturais e espirituais, assegurando assim as necessidades dos doentes de um modo holístico e gerando um ambiente de segurança e de proteção.

De forma a assegurar a segurança dos doentes foram implementadas sempre medidas de controlo de infeção e de prevenção de acidentes. Em relação à segurança pessoal/profissional, foram respeitados os princípios da ergonomia de forma a evitar danos associados a uma má conduta.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os enfermeiros especialistas devem tomar decisões sobre as intervenções assentes em padrões de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, facilitando os processos de aprendizagem sendo desejável que se tornem agentes ativos no campo de investigação (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro OE). Assim, as práticas de enfermagem especializada desenvolvidas, para além de supervisionadas por um enfermeiro/a especialista foram fundamentadas e sustentadas pelos conhecimentos previamente adquiridos e no reconhecimento da necessidade de aquisição de novos conhecimentos.

Foram exemplo destas práticas, a revisão da literatura realizada para o projeto de intervenção profissional e a realização de um artigo de revisão sistemática que teve por objetivos identificar as atividades de educação e ensino realizadas pelos enfermeiros, suscetíveis de melhorar a qualidade de vida da pessoa com AVC e da sua família e sintetizar a informação recolhida procurando deste modo, responder a um problema identificado na prática clínica.

Relativamente à aquisição de competências específicas do EEER, consoante o descrito no Regulamento das Competências Específicas do EEER, estes identificam necessidades de intervenção especializada em pessoas impedidas de realizar, de forma independente, atividades básicas, resultante da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição da atividade, permanente ou temporariamente. Neste sentido concebem, implementam e avaliam planos e programas especializados visando a qualidade de vida, reintegração e participação da pessoa na sociedade (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

A conceção de planos de intervenção visando tanto a promoção de capacidades adaptativas e autocuidado como a otimização e/ou reeducação das funções ao níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação e da sexualidade, foram concluídas com a avaliação dos resultados das intervenções implementadas nos doentes e permitiram concretizar a primeira competência específica dos enfermeiros de reabilitação que é serem capazes de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

Nos doentes, cuja capacidade de aquisição de conhecimentos para desenvolver estratégias adaptativas era diminuída ou que apresentavam défices que conferiam um grau de comprometimento funcional muito elevado, a aposta nos cuidados de enfermagem de reabilitação, foi na prevenção de complicações decorrentes da alteração da mobilidade, face à dificuldade/impossibilidade da restauração da função.

A avaliação dos resultados das intervenções implementadas inclui uma monitorização das implementações e dos resultados dos programas de redução de risco, otimização da função, reeducação funcional e treino (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Durante o estágio final, esta avaliação e monitorização foi efetivada utilizando os instrumentos de medida mais pertinentes para cada situação (como exemplos a Escala de Lower, Escala de Asworth, Escala de Guss, Escala de Braden, Escala de Borg, Escala de Morse, MIF, Índice de Barthel, Escala

de Borg). O objetivo da sua utilização foi verificar a eficácia das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas.

Para a implementação de programas de treino de AVD's em ambos os contextos de estágio, as estratégias definidas passaram, muitas vezes, pelo ensino e treino do uso de produtos de apoio. Aquando a sua inexistência, tanto a nível hospitalar como a nível comunitário, os doentes foram devidamente aconselhados à sua aquisição.

Preconiza-se que o EEER promova a mobilidade, acessibilidade e participação social (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE), como tal, sobretudo no estágio em âmbito comunitário, foram a nível domiciliário identificadas barreiras arquitetónicas e realizados ensinamentos acerca da minimização do impacto das mesmas ou a sua eliminação. Durante o estágio a nível hospitalar, este facto não foi descurado, sendo os doentes questionados acerca dos seus ambientes habituais e realizada uma abordagem prévia de ensino.

A descrição destas atividades permite afirmar que as competências comuns e específicas dos enfermeiros de reabilitação foram adquiridas.

A identificação de uma situação problemática e a conceção e implementação de um projeto de pesquisa, bem com a descrição dos seus resultados concorreu para a aquisição do grau de mestre (Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior) que esperamos seja conseguida após a discussão pública deste relatório.

9. CONCLUSÃO

Este relatório reflete um período de aprendizagem que não se cingiu apenas ao período em que decorreu a UC Estágio Final, mas a todo percurso de formação durante este curso de Mestrado Integrado em Enfermagem do ramo de Enfermagem de Reabilitação que permitiu a mobilização e transferência de saberes adquiridos aos quais foram acrescentados os obtidos pela pesquisa e pela prática clínica.

Os objetivos preconizados neste percurso de aprendizagem no que diz respeito à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do EEER, assim como as competências de mestre em enfermagem foram atingidos. Para isso contribuiu o apoio e disponibilidade da docente orientadora, dos enfermeiros tutores, chefia e restante equipa dos locais onde decorreu o Estágio Final.

Na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, cada doente foi considerado como um ser único e com necessidades particulares, procurando articular os conhecimentos teórico-práticos e desenvolver habilidades e capacidades baseadas em pressupostos científicos.

A alteração da funcionalidade nos doentes com AVC, nomeadamente a nível da execução das suas AVD's, foi no contexto da prática clínica de enfermagem de reabilitação a problemática identificada, sendo que a máxima capacitação possível destes doentes era também uma meta a ser atingida e por isso esteve no centro do projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação.

Estes pressupostos e as intervenções desenvolvidas permitiram melhorar as capacidades funcionais nos doentes com AVC, como foi apresentado anteriormente, permitindo também afirmar que o objetivo principal do projeto de intervenção profissional foi atingido, apesar do número de doentes reduzido.

Todos os participantes, após a aplicação de um plano específico de enfermagem de reabilitação, apresentaram melhoria nas suas capacidades funcionais e no desempenho das suas AVD's, como evidenciado no resultado das intervenções do projeto profissional.

Face ao descrito, consideramos que durante este percurso os objetivos delineados para a UC Estágio Final foram atingidos com sucesso e as competências comuns e específicas do EEER

e de mestre em Enfermagem também foram alcançadas, tendo sido esta uma etapa gratificante, quer em termos pessoais e quer em termos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). *Sistema de Classificação de Doentes – Relatório de 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 7 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202010.pdf>
- Andrade, L., Costa, M., Caetano, J., Soares N., & Beserra, E. (2009). *A Problemática do Cuidador Familiar do Portador de Acidente Vascular Cerebral*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 43 (1), 37-43. Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf>
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A.C. (2017). *Estudo de Caso Como Método de Pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa*. Texto Contexto Enfermagem, 26 (4), 1-12. Acedido a 17 de maio de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e5360016.pdf>
- Aikwa, A., Braciacalli, L., & Padula, R. (2006). *Efeitos das Alterações Posturais e de Equilíbrio Estático nas Quedas de Idosos Institucionalizados*. Revista de Ciências Médicas, 15 (3), 189-196. Acedido a 8 de março de 2019. Disponível em <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1109/1084>
- Anes, E. (2000). *Sistema de classificação de doentes por níveis de dependência*. Nursing, Revista de Formação Contínua em Enfermagem, 142, 37-40. Acedido a 7 de fevereiro de 2018. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5175>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatria
- Aslani, Z., Alimohammadi, N., Teleghani, F., & Khorasani, P. (2016). *Nurses' Empowerment in Self-Care Education to Stroke Patients: An Action Research Study*. International Journal of

Community Based Nursing and Midwifery, 4(4), 329-338. Acedido a 2 de dezembro de 2018.

Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045977/>

Assis, C., Batista, L., Wolosker, N., Zerati, A., & Gengo e Silva, R. (2015). *Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49 (5), 756-761. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0756.pdf

Bai, Y., Hu, Y., Wu, Y., Zhu Y, He Q., Jiang C, ... Fan, W. (2012). *A prospective, randomized, single-blinded trial on the effect of early rehabilitation on daily activities and motor function of patients with hemorrhagic stroke*. Journal of Clinical Neuroscience, 19(10), 1376-1379. Acedido a 12 de março de 2019. Disponível em [https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868\(12\)00120-8/pdf](https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868(12)00120-8/pdf)

Barata, L. (2016). *Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – Importância da Formação Contínua* In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Barbosa, M. (2012). *Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral - uma revisão sistemática* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Acedido a 12 de março de 2019. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21495>

Béjot, Y., Legris, N., Daumas, A., Sensenbrenner, B., Daubail, B., Durier, J., & Giraud, M. (2016). *Les Accidents Vasculaires Cérébraux de La Personne Jeune: Une Pathologie Émergent Chez La Femme Comme L'Homme. Apports Du Registre Dijonnais des AVC (1985-2011)*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 7 (8), 118-125. Acedido a 7 de março de 2019. Disponível em http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10284

Borgman-Gainer, M. (2000). *Função Independente. Movimento e Mobilidade* in Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação* (2ª ed., pp. 251-259). Loures: Lusodidacta

Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau

- Carvalho e Silva, J., Ribeiro de Moraes, E., Figueiredo, M. & Tyrrell, M. (2011). *Pesquisa-ação: Concepções e Aplicabilidade nos Estudos em Enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64 (3), 592-595. Acedido a 29 de setembro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>
- Cavalcante, T., Nemer A., Moreira R., & Ferreira, J. (2018). *Integrative Review Article Nursing: Interventions To The Patient With Stroke In Rehabilitation*. Journal of Nursing, Revista de Enfermagem, 12 (5), 1430-1436. Acedido a 14 de novembro de 2018. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230533/2890>
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). *Reeducação da Função Sensoriomotora* in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 227-251). Loures: Lusodidacta
- Coelho, E., Marques, M. & Marranita, S. (2014). *Projeto de Enfermagem de Reabilitação. Serviço de Especialidade Médicas*, Hospital do Espírito Santo, EPE. Évora.
- Costa-Dias, M.J. (2014). *Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse*. Revista de Enfermagem Referência, série IV (2), 7-17. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a02.pdf>
- Cruchinho, P. (2009). *Modelo das Dez Etapas – um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização de instrumentos básicos da profissão*. Revista Percursos, 12, 13-29. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_12.pdf
- Cruz, T. (2012). *Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico – Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade*. Nova Guanabara: São Paulo
- Cumming, T., Thrift, A., Collier, J., Churilov, L., Dewey, H., ... Bernhardt, J. (2011). *Very Early Mobilization After Stroke Fast-Tracks Return to Walking: Further Results From the Phase II AVERT: Randomized Controlled Trial*. Stroke, 42, 153-158. Acedido a 6 de março de 2019. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.110.594598>

Decreto-Lei nº 161/1996 de 4 de setembro do Ministério da Saúde. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, I série – A, 2959-2962. Acedido a 1 de maio. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Diário da República, 1ª série, nº176, 3174-3177. Acedido a 7 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

DGS (2001). *Unidades de AVC. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Acedido a 26 de novembro de 2018. Disponível em <https://docplayer.com.br/8765946-Unidades-de-avc-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>

DGS (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL

DGS (2011). *Norma Nº 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa. Acedido a 26 de novembro de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

DGS (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Acedido a 4 de dezembro de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>

DGS (2017a). *Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa. Acedido a 23 de outubro de 2018. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SqmZGovDpSQJ:https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx%3Fv%3D11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

DGS (2017b). *Norma nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Acedido a 26 de novembro de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=33178>

DGS (2017c). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2017*. Acedido a 10 de dezembro de 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1038/nature06866>

Duarte, M. (2014). *Processo de Cuidados do Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Convalescença* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido a 19 de maio de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9520/1/tese%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf>

Falcão, I., Carvalho, E., Barreto, K., Lessa, F., & Leite, V. (2004). *Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicações para Adultos em Idade Produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 4(1), 95-102. Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>

Ferreira, J., Sá, S., Santana, R., Domingos, A.M., Pereira, J., & Rezende, L. (2016). *Postural Balance in the Elderly with Mild Cognitive Impairment: Relationship to Accidental Falls*. Open Journal of Therapy and Rehabilitation, 4, 67–75. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=65021>

Ferro, J. (2006). *Acidente Vascular Cerebral* In Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia – Princípios Diagnósticos e Tratamento* (pp. 77-87). Lisboa: LIDEL

Fonseca, A., Henriques, I, & Ferro, J. M. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*. Sinapse (Suplemento 1), 8(2), 5-67. Acedido a 17 de maio. Disponível em <https://www.spneurologia.com/publicacoes/sinapse/ano/2008>

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação. Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência

Gluhm, S., Goldstein, J., Loc, K., Colt, A., Van Liew, C., & Corey-Bloom, J. (2013). *Cognitive Performance on the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment Across the Healthy Adult Lifespan*. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 26(1), 1-5. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638088/>

- Grade, L. (2018). *Cérebro em Movimento: Intervenção Precoce do Enfermeiro de Reabilitação no Doente com AVC Isquémico* (Relatório de Estágio para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre) Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23523/1/ESSTFC619.pdf>
- Heartl, K. (2018). *Self-Care* In Bonder, B. & Bello-Haas (2018) *Functional Performance in Older Adults* (4ª Ed., pp. 279-289). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Hebert, D., Lindsay, M., McIntyre, A., Kirton, A., Rummey, P., Bagg, S., ... Teasell, R. (2016). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Stroke Rehabilitation Practice Guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11 (4), 459-484. Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1747493016643553>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação, Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência
- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. (2018a). Serviço Nacional de Saúde, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Acedido a 22 de setembro de 2018. Disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. (2018b). Internamento Movimento de Doentes. Serviço Físico (UAVC). Ministério da Saúde.
- Hsieh, C., Hoffman, T., Gustafsson, L., & Lee, Y. (2012). *The diverse constructs use of activities of daily living measures in stroke randomized controlled trials in the years 2005-2009*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(9), 720–726. Acedido a 4 de dezembro de 2018. Disponível em <https://doi.org/10.2340/16501977-1008>
- Karuka, A., Silva, J., & Navega, M. (2011). *Análise da Concordância entre Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio Corporal em Idosos*. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15 (6), 460-466. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n6/v15n6a06.pdf>
- Kissela, M., Khoury, J., Alwell, K., Moomaw, C., Woo, D., Adeoye, O., ...Kleindorfer, D. (2012). *Age at Stroke. Temporal trends in stroke incident in a large, biracial population*. *Neurology*, 79,

1781-1787. Acedido a 7 de março de 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475622/pdf/zn1781.pdf>

Lacerda, I., Brito, J., Souza, D., Júnior, W., & Faria, T. (2018). *AVE isquémico em paciente jovem sem fatores de risco: relato de caso*. Revista Médica (São Paulo), 97 (3), 361-367. Acedido a 25 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140612>

Lautert, L., Dal Pai, D., & Ramos F.R.S. (2013). *Metodologia de los estudios exploratórios en investigación de enfermaria* in Prado, M., Sousa, M., Monticelli, M., Cometto, M.C., & Gómez, P.F. (2013). *Investigación cualitativa en enfermaria* (10ª Ed., Vol. 10, pp. 3-253). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Lopes, F. (2015). *O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem* (Tese Doutorado de Especialidade em Enfermagem Avançada. Universidade Católica Portuguesa). Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20107/1/Tese%20de%20Doutoramento%20em%20Enfermagem%20-%20Fran%C3%A7oise%20Lopes.pdf>

Lourenço, C. & Mendes, R. (2011). *Reabilitação em Cuidados Intensivos: reflexão crítica*. Nursing. 23 (270), 2-6

Macaia, D. (2005) *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: Contributos na Gestão dos Enfermeiros nos Hospitais da Rede Nacional de Saúde* (Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade dos Açores). Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/530/1/DissertMestradoDamasMacaia2006.pdf>

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. & Braga, R. (2016). *Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral* in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 465-474). Loures: Lusodidacta

- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., & Billinger, S. (2010). *Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association*. *Stroke*, 41(10), 2402-2448. Acedido a 3 de dezembro de 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181e7512b>
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 10-16. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://www.spneurologia.com/publicacoes/sinapse/ano/2009>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS: Setúbal. Acedido a 25 de setembro 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/con-sid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- OE (2009). *Conselho de Enfermagem – Rede Nacional de Cuidados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Acedido a 1 de maio de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- OE (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- OE (2011b). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Parecer sobre Atividades de Vida Diária*. Acedido a 19 de Setembro de 2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

- OE (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa Com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Acedido a 26 de fevereiro de 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- OE (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 26 de fevereiro de 2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- OE (2015b). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)*. Acedido a 25 de Setembro de 2018, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE (2016a). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem – versão 2015*. Acedido a 26 de fevereiro, disponível em https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- OE (2016b). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 19 de setembro de 2018. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Oliveira, A. & Silveira, K. (2011). *Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC*. Revista de Neurociências, 19 (4), 653-662. Acedido a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/relato%20de%20caso%2019%2004/561%20relato%20de%20caso.pdf>
- OMS (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* acedido a 19 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de->

saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx

OMS (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebral*. WHO Library: Genebra. Acedido a 23 de outubro de 2018. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby. St. Louis.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). *Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção dos Cuidados de Reabilitação* in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.

Pires, R. (2012). *Operacionalização de Planos de Enfermagem de Reabilitação Integrando a Linguagem CIPE/SAPE* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Bragança). Acedido a 25 de setembro de 2018. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7942/1/Rog%C3%A9rio%20Paulo%20Talha%20Pires%20-%20Mestrado.pdf>

Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., ... Tirschwell, D. (2018). *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*, 49 (3), 46-99. Acedido a 3 de dezembro de 2018. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.000000000000158>

Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011: 8658- 8659. Acedido a 2 de abril de 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Diário da República, 2ª série – Nº26 – 6 de fevereiro de 2019: 4744-4750. Acedido a 2 de abril de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao Longo da Vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, na Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Acedido a 22 de março de 2019. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan, L., Connors, J.J., Culebras, A., ... Vinters, H. (2013). *An updated definition of stroke for the 21st century a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke*, 44(7), 2064-2089. Acedido a 23 de outubro de 2018. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0b013e318296aeca>

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (2016). *Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo*. Acta Médica Portuguesa, 29 (4), 240-248. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6889/4651>

Santos, N., Veiga, P., & Andrade, R. (2011). *Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64 (2), 355-358. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>

Silva, A. (2008). *Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos*. Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, 14 (5), 88-93. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>

- Silva, G., Schoeller, S., Gebcke, F., Carvalho, Z., & Silva, E. (2012) *Avaliação Funcional de Pessoas com Lesão Medular: Utilização da Escala de Independência Funcional – MIF*. Texto Contexto Enfermagem. 21(4), 929-936. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/25.pdf>
- SNS (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 3 de dezembro de 2018. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Sousa-uva, M., & Dias, C. M. (2014). *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na População Portuguesa: dados da amostra ECOS 2013, 12-14*. Acedido a 4 de dezembro de 2018. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf
- SPAVC (2011). *Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*, 3ª edição. Acedido a 23 outubro de 2018. Disponível em: <http://www.spavc.org/pt/outras-actividades/publicacoes>
- SPAVC (2017). *Guia das Unidades de AVC*. Acedido a 26 de novembro de 2018. Disponível em http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/uavc/GUIA%20AVC_site_28_11_17.pdf
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2013). *Organised Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2, Issue 9. Art. No.: CD000197. Acedido a 26 de novembro de 2018. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub3/epdf/full>
- Talmelli, L., Gatrão, A., Kusumota, L., & Rodrigues, R. (2010). *Nível de independência funcional e deficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44(4), 933-939. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3588/art_KUSUMOTA_Nivel_de_independencia_funcional_e_deficit_cognitivo_2010.pdf?sequence=1

Theuerkauf, A. (2000) *Autocuidados e Atividades de Vida Diária* in Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação* (2ª ed., pp.173-207). Loures: Lusodidacta

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª ed). Loures: Lusociência.

Vigia, C. & Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). *Treino de Atividades de Vida Diária* in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 351-363). Loures: Lusodidacta

Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., ...Zoroewitz, R. (2016). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 47 (6). Acedido a 3 de dezembro de 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

Yin, R. (2001). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman

ANEXOS

ANEXO A – Resumo do Artigo de Revisão Sistemática

Atividades de educação e ensino desenvolvidas pelos enfermeiros e qualidade de vida da pessoa com acidente vascular cerebral e a sua família: uma revisão sistemática da literatura

Sílvia Coutinho: *Enfermeira de Cuidados Gerais da Unidade de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. Mestranda da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.*

Eugénia Nunes Grilo: *PhD. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde; Investigadora na Unidade de Investigação AGE.COMM. Colaboradora da Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas NURSE'IN. ORCID: orcid.org/0000-0003-1206-8443*

Email-Address: eugenia@ipcb.pt

Resumo

Objetivos: Identificar através da literatura recente, as atividades de educação e ensino realizadas pelos enfermeiros, suscetíveis de melhorar a qualidade de vida da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e da sua família e sintetizar a informação recolhida, evidenciando as atividades desenvolvidas com mais frequência pelos enfermeiros.

Metodologia: Pesquisa nas bases de dados científicas de artigos científicos num espaço temporal entre 2008 a 2018, utilizando os descritores em inglês “education and teaching activities in stroke”, “quality of life” e “nursing care interventions”; “education”, “stroke”, “quality of life”, “interventions” e “nursing”.

Resultados: Encontrados 39 artigos, dos quais 5 foram considerados pertinentes à revisão sistemática a partir de um protocolo de pesquisa e de análise.

Conclusões: As atividades educação e de ensino desenvolvidas pelos enfermeiros e que são suscetíveis de melhorar a qualidade de vida da pessoa com

Acidente Vascular Cerebral e a sua família passam por intervenções de ensino relacionadas com o Acidente Vascular Cerebral e as suas complicações, a prevenção de novo Acidente Vascular Cerebral e das complicações que lhe estão associadas, as intervenções relacionadas com o autocuidado à pessoa com AVC e o suporte emocional e psicológico ao cuidador.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Família; Educação; Intervenções de Enfermagem; Qualidade de Vida.

ANEXO B – Instrumento de Medida – MMSE Adaptado

Mini Mental Scale Examination Adaptada – Avaliação Cognitiva

	Data:	Data:	Data:
1.Orientação (1 ponto por cada resposta correta)			
Em que ano é que estamos?			
Em que mês é que estamos?			
Em que dia do mês estamos?			
Em que dia da semana estamos?			
Em que estação do ano estamos?			
Em que país estamos?			
Em que distrito vive?			
Em que terra vive?			
Em que casa estamos?			
Em que andar estamos?			
2.Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)			
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor." – Pera, Gato, Bola			
3.Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair, consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)			
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao numero encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar" 30, 27, 24, 21, 18, 15			
4.Evocação (um ponto por cada resposta correta)			
"Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar" Pera, Gato, Bola			
5.Linguagem (um ponto por cada resposta correta)			
A."Como se chama isto?" (mostrar objetos) Relógio, Lápis			
B."Repita a frase que eu vou dizer": O RATO ROEU A ROLHA			
C."Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos:			
Total:			
Escolaridade			
0 – 2 anos			
3 – 6 anos			
Superior a 7 anos			

Fonte: Adaptado de Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination*. Sinapse, 9 (2), 10-16. Acedido a 1 de março de 2019. Disponível em <https://www.spneurologia.com/publicacoes/sinapse/ano/2009>

ANEXO C – Instrumento de Medida – Escala de Lower

Escala de Lower	
0/5	Sem contração muscular e sem movimento
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
2/5	Apresenta movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. Consegue mover o membro na base da cama
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra a gravidade. Consegue elevar o membro e apresenta alguma resistência em relação à sua própria força
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência

Fonte: Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

ANEXO D – Instrumento de Medida – Índice de Tinetti

Índice de Tinetti – Escala de Avaliação do Equilíbrio e Marcha

(Equilíbrio)			Data:	Data:	Data:-.
1 - Equilíbrio sentado	Escorrega	0			
	Equilibrado	1			
2 - Levantado	Incapaz	0			
	Usa os braços	1			
	Sem os braços	2			
3 – Tentativas de levantar	Incapaz	0			
	Mais de uma tentativa	1			
	Única tentativa	2			
4 – Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0			
	Estável, mas usa suporte	1			
	Estável sem suporte	2			
5 – Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0			
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1			
	Sem suporte e base estreita	2			
6 – Teste dos três tempos	Começa a cair	0			
	Agarra ou balança (braços)	1			
	Equilibrado	2			
7 – Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0			
	Equilibrado	1			
8 – Girando 360º	Passos descontínuos	0			
	Passos contínuos	1			
	Instável (desequilíbrio)	0			
	Estável (equilibrado)	1			
9 – Sentando	Inseguro (erra a distância, cai da cadeira)	0			
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1			
	Seguro, movimentação suave	2			
SUB TOTAL		(16)			

(Marcha)			Data:	Data:	Data-.
10 – Início de Marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0			
	Sem hesitação	1			
11 a) – Comprimento e altura dos passos - Pé direito	Não ultrapassa o pé esquerdo	0			
	Ultrapassa o pé esquerdo	1			
	Não sai completamente do chão	0			
	Sai completamente do chão	1			
11 b) – Comprimento e altura dos passos - Pé esquerdo	Não ultrapassa o pé direito	0			
	Ultrapassa o pé direito	1			
	Não sai completamente do chão	0			
	Sai completamente do chão	1			
12 – Simetria dos passos	Passos diferentes	0			
	Passos semelhantes	1			
13 – Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0			
	Passos contínuos	1			
14 – Direção	Desvio nítido	0			
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1			
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2			
15 - Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0			
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1			
	Sem flexão, balanço, não usa braços nem apoio	2			
16 – Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0			
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1			
SUB TOTAL		(12)			
TOTAL		(28)			

Fonte: Adaptado de Freitas, E.V , et al . Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp 615, 2002

ANEXO E – Instrumentos de medida – Escala de Morse

Escala de Morse – Avaliação do Risco de Queda

		Data:			
História de quedas: neste internamento, urgência/ou nos últimos 3 meses	Não	0			
	Sim	25			
Diagnóstico (s) secundário (s)	Não	0			
	Sim	15			
Ajuda para caminhar	Nenhuma/Ajuda do enfermeiro/Acamado/cadeira de rodas	0			
	Muletas/Canadianas/Bengala/Andarilho	15			
	Apoia-se no mobiliário para andar	20			
Terapia intravenosa	Não	0			
	Sim	20			
Postura no andar e na transferência	Normal/Cadeira de rodas/Acamado	0			
	Debilidade	10			
	Dependente de ajuda	20			
Estado Mental	Consciente das suas capacidades	0			
	Esquece-se das suas limitações	15			
SCORE:					

Legenda:

Score: (0 a 125 pontos)	Risco
0-24	Sem Risco
25-44	Baixo Risco
> 45	Alto Risco

Fonte: Adaptado de Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., & Ferreira, P. L. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série (2)*, pp. 7-17. doi:10.12707/RIII1382

Fonte: Adaptado de Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., & Ferreira, P. L. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série (2)*, pp. 7-17. doi:10.12707/RIII1382

ANEXO F – Instrumento de Medida – MIF

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____									

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA										
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 10%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M								
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____								
AUTO-CUIDADOS												
A. Alimentação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
B. Higiene pessoal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
C. Banho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
D. Vestir metade superior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
E. Vestir metade inferior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
F. Utilização da sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES												
G. Bexiga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
H. Intestino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
MOBILIDADE												
TRANSFERÊNCIAS												
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
J. Sanita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
K. Banheira, Duche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
LOCOMOÇÃO												
L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
M. Escadas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
COMUNICAÇÃO												
N. Compreensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
O. Expressão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR												
P. Interação social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Q. Resolução dos problemas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
R. Memória	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: DGS (2011). Norma Nº 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

ANEXO G – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do Hospital onde decorreu o estágio para realização de Projeto de Intervenção Profissional

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Portalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

INFORMAÇÃO
@ serviço auxiliar operado
de SRe Ev. São João de Deus

Pedido de autorização para desenvolver um projeto de intervenção

João Rodrigues

Ex^{ma}. Sr. Enfermeiro Diretor do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. José Chora

Manuel Lúcio Chora

Jose Chora
Enfermeiro Diretor

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver um projeto de intervenção no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE no âmbito do Mestrado em Enfermagem.

Autorizado
Jose Chora
Enfermeiro Director
22-10-2018

Eu, Sílvia da Costa Coutinho a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação promovido pelas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a realizar Estágio Final em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Especialidades Médicas do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), no âmbito de seu estágio e sob orientação científica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar um projeto de intervenção e o respetivo relatório subordinado ao tema: "Treino de atividades de vida e ganhos funcionais nos doentes com AVC." Este trabalho tem como objetivo geral melhorar as capacidades funcionais da pessoa com AVC, nomeadamente no que diz respeito ao desempenho das suas atividades de vida diária, através da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Durante todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Com os melhores cumprimentos,

1 de Outubro de 2018

Assinatura: *Silvia da Costa Coutinho*

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { Em 02/10/18
	Nº 7977
R	RESPONDIDO { Em 11
	Nº

Contatos: silvia.c.coutinho@gmail.com / Tel.: 967521668

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
S
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Portalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Pedido de autorização para desenvolver um projeto de intervenção

Ex^{ma}. Sr. Enfermeiro Diretor do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. José

Manuel Lúcio Chora

Jose Chora
Enfermeiro Diretor

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver um projeto de intervenção no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE no âmbito do Mestrado em Enfermagem.

Eu, Sílvia da Costa Coutinho a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação promovido pelas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a realizar Estágio Final em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Especialidades Médicas do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), no âmbito de seu estágio e sob orientação científica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar um projeto de intervenção e o respetivo relatório subordinado ao tema: "Treino de atividades de vida e ganhos funcionais nos doentes com AVC." Este trabalho tem como objetivo geral melhorar as capacidades funcionais da pessoa com AVC, nomeadamente no que diz respeito ao desempenho das suas atividades de vida diária, através da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Durante todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Com os melhores cumprimentos,

1 de Outubro de 2018

Assinatura: Sílvia da Costa Coutinho

HESE-EPE	
ECEBIDO	Em 2/10/18 Nº 1917
ESPONDIDO	Em Nº

Contatos: silvia.c.coutinho@gmail.com / Tel.: 967521668

ANEXO H – Consentimento Livre e Informado aos Doentes

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro utente, eu, Sílvia da Costa Coutinho, Enfermeira e Mestranda no Mestrado em Reabilitação de Associação de Escolas de Enfermagem da Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias, pretendo no âmbito do plano curricular do curso, realizar um relatório de estágio decorrente do estágio realizado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral no Hospital do Espírito Santo de Évora , sob orientação da Professora Doutora Eugénia Grilo, solicito autorização para o integrar no meu relatório de estágio.

Com o meu projeto de intervenção pretendo melhorar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa com AVC, nomeadamente no que diz respeito ao desempenho das suas atividades de vida diária, através da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Os dados são recolhidos através de entrevista, processo clínico e aplicação de escalas de avaliação. Comprometo-me a salvaguardar o anonimato e o sigilo da informação recolhida, lembrando que em qualquer etapa deste projeto pode manter ou abandonar a sua participação se o entender, sem que sofra consequências ou represálias.

Se achar que alguma informação não está correta, ou clara, não hesite em solicitar mais informações.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

Data: ____/____/____

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____/____/____

O Participante / Representante _____

Sílvia da Costa Coutinho
Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Reabilitação
Contacto: silvia.c.coutinho@gmail.com

(O documento é composto por duas páginas e será preenchido em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro para o participante)